PSIHIATRIA AZI

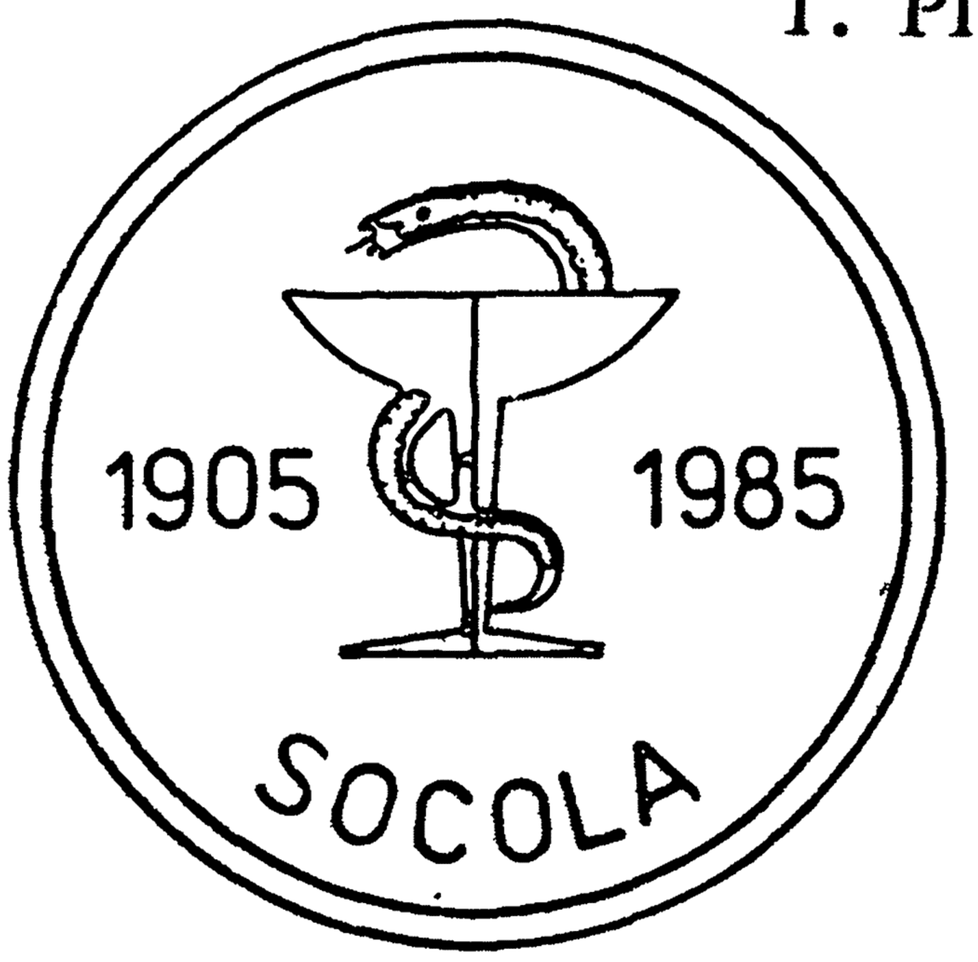
actualităţi şi perspective în asistenţa bolilor psihice

sub redacţia
T. PIROZYNSKI

PSIHIATRIA AZI

ACTUALITĂŢI ŞI PERSPECTIVE ÎN ASISTENŢA BOLILOR PSIHICE

sub redacţia
T. PIROZYNSKI



SESIUNE ŞTIINŢIFICĂ
„SOCOLA" — IAŞI
11—12 octombrie 1985

REVISTA MEDICO-CHIRURGICALĂ
A SOCIETĂŢII DE MEDICI ŞI NATURALIŞTI DIN IAŞI

— SUPLIMENT —
1985

Comitetul de organizare : Prof. Dr. Doc. V. PREDESCU, Prof. Dr. Lorica GAVRILIȚĂ, Conf. Dr. C. COTUȚIU, Conf. Dr. Șt. MILEA, Prof. Dr. E. PAMFIL, Prof. Dr. Aurelia SÎRBU, Prof. Dr. Gh. SCRIPCARU, Prof. Dr. Gh. GRECU, Conf. Dr. T. PIROZYNSKI, Conf. Dr. Al. OLARU, Dr. C. GORGOS, Dr. M. LĂZĂRESCU

Coordonare științifică și tehnică :
Conf. Dr. **T. PIROZYNSKI,** Dr. **V. CHIRIȚĂ,** Dr. **P. BOIȘTEANU,**
Dr. **M. COJOCARU,** Ing. **Adriana ȘARAMET,** Ec. **F. MIHĂILĂ**

M o d e r a t o r i :

Secțiunea I : Prof. Dr. Gh. GRECU, Dr. M. BALTARU, Dr. V. HRIMIUC, Dr. G. ZICHIL

Secțiunea a II-a : Prof. Dr. Doc. V. PREDESCU, Dr. N. PĂRUȘ, Dr. Cornelia VULPE, Dr. C. POSTELNICU

Secțiunea a III-a : Prof. Dr. Gh. SCRIPCARU, Dr. M. ȘELARU, Dr. H. GOTTLIEB, Dr. P. MIHĂESCU

CONTENTS

T. PIROZYNSKI (Iași) : *„Socola" Clinical Hospital for Psychiatry and its Traditions of Medical Progress* 55

PSYCHIATRIC CARE DELIVERY — CRITERIA, METHODS, WORKING INSTRUMENTS, PERSPECTIVES

GH. GRECU, T. PIROZYNSKI (Tg. Mureș, Iași) : *Some Prophilactic Aspects of Today's Psychiatrical care* 71
C. GORGOS, FL. TUDOSE, GH. LITINSCHI (București) : *Mental Health Centre — Organization and Functional System in Modern Psychiatric Care Delivery* 81
M LĂZĂRESCU (Timișoara) : *Actual Psychiatry Betwecn Criteria and Moral Consciousness* 87
GH. GRECU, M. ARDELEAN, MARIETA GRECU (Tg. Mureș) : *Aims and Means in Today's Psychiatric Care* 90
P. BOIȘTEANU (Iași) : *Significance of the Constructivist Concept in the Perspective of Contemporary Medicine* 95
M. LĂZĂRESCU, FL. GILDAU (Timișoara) : *Systematic Orientation in Psychiatric Practice* 100
M. DEHELEAN, POMPILIA DEHELEAN (Timișoara) : *Possibilities and Perspectives in the Field of Psychiatric Care* 103
T. NEAMȚU, AURELIA SÎRBU, A. SECĂREANU (Cluj-Napoca) : *The importance of Mental Health Laborctory in the Reabilitation of Schizophrenic Pacients* 107
S. COLLINO, ANTOANETA COSTIAN, DOINA GHEORGHIU, M. BOITAN (București) : *Sociocultural Factors in Mental Disorders Approach* 111
P. BOIȘTEANU, V. CHIRIȚĂ, VIRGINIA MARINESCU, M. LĂUDAT (Iași) : *Considerations Regarding the Relation Family — MHL in Recuperation of Psychic Pacient* 116
MARIA CUȚU, P. BOIȘTEANU, V. CHIRIȚĂ (Iași) : *Day-service With — in Psychiatric Hospital : Concept — Methods — Results* 119
CARMEN MILER, V. CHIRIȚĂ, P. BOIȘTEANU (Iași) : *Peculiarities and Efficiency in Discontinuos Out-Hospital Care Delivery of Schizophrenic Pacient* 122
G. ZICHIL, I. TURCU, L. ȘTEFĂNESCU, ELENA DITCU, ADRIANA CUCU, V. CHIRIȚĂ (Bacău, Iași) : *Date Concerning the Experience of MHL Bacău in Psychiatric Care* 125

I. KRIZBAI, C. BUŞOIU, R. TAKAY (Arad) : *Study of Minimal Brain Disfuncţions in Children in the Light of Tridimensional Bio-psycho-social Factors* 260
ELEŅA TUDORACHE, MIRUNA PĂDURE, FLORICA POPOVICI (Bacău) : *Some Observations about the Services and Activities Initiated in Helping School* 263
N. VANDICI, E. KISS, O. LAZA, V. VLĂDUŢ (Oradea) : *The Bio-psycho-social Integration Process in Neurotic and Psychopathic Youths'* 265
JUDITH MORARU (Cluj-Napoca) : *Prognosis of Professional Adjustment of Akrianic Adolescents* 268
LIDIA POPA (Iaşi) : *Psychological Aspects Concerning the Estimation of Intellectual Level in Early School People* 272
IOLANDA MITITIUC (Iaşi) : *Writing-Reading of the Alaly Child* . . 275
VERONA VIERIU, VALERIA CONSTANTINESCU, GEORGETA OURIŞAN (Iaşi) : *Clinical Statistical and Therapeutical Study on the Bases of Enuresis in School Children* 279
LIDIA URSULEANU, R. ALEANDRU (Botoşani) : *Children's Psychotherapy. Clinical and Anamnestic Considerations* . . . 282

DIFFERENTIATED PSYCHIATRIC THERAPY AND THE RELATION COST — PROFIT — EFFICIENCY

V. PREDESCU, ST. NICA-UDANGIU (Bucureşti) : *Limits and Perspectives of Populational Perspective Studies in Psychiatry* . 287
V. CHIRIŢĂ, N. COSMOVICI, P. BOIŞTEANU, V. HRIMIUC, M. ŞELARU, T. PIROZYNSKI (Iaşi) : *Considerations regarding the Action of Myaserin* 292
C. GORGOS, F. TUDOSE, M. ŞTEFĂNESCU, G. MIHĂILESCU (Bucureşti) : *Single Dose of Thymoleptics in Out-patient Clinic Treatment* 295
V. CHIRIŢĂ (Iaşi) : *Comparative Data Regarding Anxiolythic Medication in the Therapy of Depressive Status* 299
ST. NICA-UDANGIU, LIDIA NICA-UDANGIU (Bucureşti) : *Advantages of Neuroleptics „depôt" in Rehabilitation of Schizophrenics* . 304
V. PREDESCU, S. COLLINO, L. ALEXANDRESCU, R. MIHĂILESCU, DORINA SIMA, IOANA OPRESCU, A. NIŢURAD (Bucureşti) : *Clinical and Evolutive Aspects of Social and Vocational Rehalibitation of Schizophrenic Pacients* 308
T. NEAMŢU, AURELIA SÎRBU, A. SECĂREANU, A. MUREŞAN (Cluj-Napoca) : *The Out Pacient Treatment with Long-acting Neuroleptics in Schizophreny* 312
V. CHIRIŢĂ (Iaşi) : *Tophizapam in Psychiatric Clinic* 316
GR. RUSU, A. PETRESCU, R. N. PRIBOI (Galaţi) : *Efficiency and Economy — comparative Estimations in Intake of Neuroleptic Drugs to Schizophrenics* 320
GH. BALAN, MĂRIOARA BALAN, MARIA BALŢATU, FLORICA STEVA, ADRIANA GAFENCU, OLGA MOISA, MARIA BRAHARU, MARIE SIBI, T. PIROZYNSKI (Iaşi) : *Prophilaxy of Hypertimic Syndromes with Lithium Salts* . . . 323
M. DOMUŢA, AURELIA SÎRBU, RODICA MACREA, T. NEAMŢU (Cluj-Napoca) : *Prophylactic Therapy of Manic-Depressive-Disorders* 327

CLEOPATRA PACIUREA (București) : *Treatment with Carbonic Lithium Fit for Vascular Aged Persons* 330
N. PĂRUȘ, CAROLA OFFENBERG (Iași) : *Some Complications of Deliriotoxic Type Appeared During the Treatment of Psychic Pacients with Psychotherapic Medicines* 333
L. FODOREANU, C. SCHMIDT (Cluj-Napoca) : *Aspects of Therapy of Schizophreny Complicated with Chronic Alcoholism* . . 336
M. COTRĂU (Iași) : *Izoenzymes' Importance Implied in Ethanol Metabolization* 339
OLGA MOISA, FL. ȘERBAN, FL. TEODORESCU, V. CHIRIȚĂ, P. BOIȘTEANU (Iași) : *Values of Acetaldehides in Blood in Alcoholics and Nonalcoholics Stimulated with Ethanol* . . 344
M. COTRĂU, P. BRÂNZEI, MARIA PROCA, V. CHIRIȚA, ELENA ANDRONIC (Iași) : *The Determination of -GTP in Chronic Alcoholism at Present* 348
I. ȘTEFAN, V. HRIMIUC, H. GOTTLIEB, MARIA POP, LĂCRĂMIOARA FĂRCĂȘEL (Iași) : *Considerations Concerning EEG Changes During the Treatment with Incissive Neuroleptics* 351
O. DRIGA, I. GHERASIMESCU (Iași) : *Morpho-clinical Correlations in Alcoholic Delirium Tremens* 353
V. BURLUI, G. MARIN (Iași) : *Prepsychiatrical Consultation in Gnathoprosthetical Care Delivery* 356
MARGARETA HRIMIUC, V. HRIMIUC, R. CHIRIAC, ANGELA CHIRIȚĂ (Iași) : *Oro-facial Manifestations in the Course of Intake of Psychothropic Medication in Psychic Pacients* . 359
C. POSTELNICU, ELISABETA BERNESCU-SĂRĂCĂCEANU, GABRIELA ENACHE (Iași) : *Contemporany Aspects and Problems in Epidemiology, Clinic and Diagnosis and Treatment of Neurosyphillis* 363
CORNELIA-MARIA VULPE, M. CIOCAN (P. Neamț) : *Preliminary Note on the Treatment with Hyperhydration in Chronic Schizophreny* 366
M. NECHIFOR (Iași) : *Implications of Biologically Active Lipids of Prostaglandinic System Functioning* 369
MARIA BALȚATU, C. POSTELNICU, FLORICA STEVA (Iași) : *Comparative Study of Glychorahy in Simultaneous Determinations by Hagedorn-Jensen Method and the Method Using Ortoluidin* 373
V. BEJAN, V.V. BEJAN, GABRIELA MIRCEA, V. PARASCHIV, MARIA CÂRDEI, VIORICA PERȘOIU, R.M. GEAMĂN (Iași) : *Contributions 'Regarding Differentiated Treatment of Psychic and Rheumatismal Associated Manifestations* . . . 376
MARGARETA HR MIUC, V. HRIMIUC, ANGELA CHIRIȚĂ (Iași) : *Disharmonic Personalities and Their Reactions to Stmatologic Treatments* 378
G. MARIN, V. BURLUI (Iași) : *The Psycho-Gnathoprosthetical Rehabilitation of Complete Edentulous Pacients* 381
V. BEJAN, V. PARASCHIV (Iași) : *Role of Psycho-kino-therapy in Rehabilitation of Functional Capacity in some Forms of Abarticular Rheumatism Subjected to Treatment with Boicil* 384
G. POPESCU, D. RUSU, OFELIA POPOVENIUC, I. LUMEI, V. GRIGORAȘ (Suceava) : *Some Considerations regarding the Effects of Aslavital for Infant Use Product in Associated Recuperatory Therapy of Children with Neuro-Psycho-Motor Deficiences* 387

I. BENGA, M. CHERTES (Cluj-Napoca) : *Preliminary Data regarding Dexamethasone Supression Test in Child Psychopathology* 390
G. CORNUȚIU (Oradea) : *Theoretical and Practical Attitudes. Results Obtained in Treating Schizophreny* 393
MAGDA LUCHIAN, T. RUDICĂ (Iași) : *Family Psychotherapy of Psychic Pacient* 396
T. RUDICĂ (Iași) : *Psychotherapy Virtues of Emphatic Capacity* . . 399
L.L. GURGUȚĂ, ELENA BAȘACOVSCHI, EVDOCHIA CURELARU, P. CODREANU, MIHAELA PANAITE, FL. POPON, M. MARCEL, C PAVEL (Botoșani) : *Psychological Aspects of Short-term Hypnotherapy in Neuroses* 402
MARIA PRIBOI, ALEXANDRINA MIHALACHE, R.N. PRIBOI (Galați) : *Psychotherapeutical Valences of the Method of Recommendation of Medical Prescription* 405
M. COJOCARU, VERA BALANOVICI (Botoșani) : *Aspects of Psychotherapy in Neurotic Disorders in Pubescent Children* . . 408
ELENA DOINA BRAD (Oradea) : *Sanogenetic Potential of Creation in Existential Crises-Study of a Case* 411
EMILIA CAMBOSE, A. CAMBOSIE (Iași, București) : *Transferential Relationship in Psychotherapy of Adolescence* 414
N. PĂRUȘ, GEORGETA ROTARU. CAROLA OFFENBERG, M. STANCIU (Iași) : *Considerations regarding the Treatment of Psychic Pacients within the „System of Locked Doors"* . . 417
N. COSMOVICI (Iași) : *The polisemantism of the conflict in Inductive Activating Psychotherapy* 420
MARIA COSMOVICI, MARIANA CIOBANU, N. COSMOVICI (Iași) : *Significance of the Test with Isolated Aleatory Words in Recuperating the Difficulties of Pre-Adolescent School-Child* 423
FL. MARIN, E. VARGHA, C. CRĂCIUN (Cluj-Napoca) : *Efficiency of Psychotherapy in Rehabilitations of Non-Psychiatric* 427
I. LENGHEL (Sighetul Marmației) : *Social Reinsertion by Art Therapy* 431
N. NEICU, D. PRELIPCEANU, IRINA DAN (București) : *Comparativc Aspect in Male Alcoholic Depending on the Age of Appearance of Acute Incidents* 440
P. BĂDOI, CONSTANȚA SANDU (Slatina) : *Retirement from Pathogenic to Therapeutical Factor* 442
RODICA NOVAC, M. LĂZĂRESCU (Timișoara) : *Sociotherapy in Day-Service* 445
V. MIHĂESCU, DEMETRA PANDELE (Iași) : *The Psychotherapy in Disturbed Family Relations* 447
R. RICMAN (Gătaia) : *Psychotherapy in the Psycho-Somatic Disorders* 450
M. COJOCARU, M. BALTARU, N. PĂRUȘ, C. POSTELNICU, M. SELARU (Iași) : *Achievements and Perspectives of Ergotherapy in Psychiatric Clinical Hospital* 454
N. ȘIRJITĂ, MARIA ZAHARESCU, ELENA BUCĂLOIU, AYSSA ELENA ARCAN (București) : *Occupational Therapy — Decisive Factor in Rehabilitation of Psychic Pacient* 457
C. BORZA, LORICA BORZA, I. CĂLUGĂRU (Iași) : *Actual Problems and the Perspective in Using Ergotherapy in Psychic Pacient with Long-term Evolution* 460
V. ARDELEANU, M. LĂZĂRESCU, DOMNICA ANDREI (Timișoara) : *Recuperation of Psychic Pacient through Ambulatory Ergotherapy* 463
M. GEORGESCU, F. BĂTRÎN, F. BĂSULESCU, T. FRÎNCU (Arad) : *Ergotherapy in the Process of Social Integration of Psychic Pacient from M.H.L.* 465

CONSTANȚA BUIUC, GH. BALAN, A.I. SĂCĂRESCU, R. ONETE, G. PETRUȘCA, S. VULTUR (Iași) : *„Visual Tiredness" within Nervous Supersolicitation Syndrome in Students* . . . 647
LUCIA ALEXA, VIORICA GAVĂT (Iași) : *Surrounding Environment as a Factor of Risk for Mental Health* 650
FĂNICA STANILOIU, ELENA IONESCU (București) : *Social Action within the Family and Work Environment — Agent of Continuity of the Complex Care of Mental Defficiency Recovery* 655
SILVIA FIRICEL, E. SOROCEANU, E. MARTINESCU (Iași) : *Consideration on the Structure and Personality Disorders in a Group of Females — Sources of Sexually Transmissed Illnesses* 659
V. PELIN, L. V. FILIMON, L. F. FILIMON, L. ȘTEFĂNESCU (Brașov — Bacău) : *Contributions on the Study of Movement Perception in Psychic People* 663
T. POP, DOINA MARIA IOAN, C. MAXIMILIAN (Suceava — București) : *Genetics of Mental Retardation (X-linked Mental Retardation* 666
M. DUCA, ELISABETA BERNESCU SĂRĂCĂCEANU, LIDIA IONESCU (Iași) : *Remarks on Serological Diagnosis of Subacute Sclerosing Panencephalitis* 670
C.I. MĂȚĂ, LIZETA MĂȚĂ (Iași) : *Incidence of Acute Virus Interstitial Pneumonia with Psychic Pacients* 674
V. HRIMIUC, MARGARETA HRIMIUC, R. CHIRIAC (Iași) : *Psychic Factor and its Influence in some Buco-Dental Affections* 677
MARGARETA HRIMIUC, V. HRIMIUC, R. CHIRIAC (Iași) : *Alcoholic Psychoses and their Implications on the Buco-Maxillo-Facial Area* 680
SABINELA PASTERNAK (Iași) : *Language and Mental Development A Program of Learning Language* 682
D. COVRIG, GEANINA POPA (Iași) : *Intellectual Level and Development of Verbal Language in School Children with Hearing Defficiences* 684
EM. BUJOR (Iași) : *Cognitive-Attitudinal-Behavioural Dissonance in Certain Human Communities* 687
C. GH. MARINESCU, R. DUDA (Iași) : *Relation Between Medicine and Society in the Conception of „Socola" School (Tradition and Modernity)* 692
R. DUDA, C. GH. MARINESCU (Iași) : *Social Psychiatry Conceptions in Panaite Zosin's Work* 697
R. URSACHE, D. TOMPEA, V. CHIRIȚĂ (Iași) : *Humanism, Education, Creativity* 702

SPITALUL CLINIC DE PSIHIATRIE „SOCOLA“ ȘI TRADIȚIILE SALE DE PROGRES MEDICAL

T. PIROZYNSKI

Institutul de Medicină și Farmacie Iași
Clinica de Psihiatrie

CTITORIA UNUI SPITAL DE PSIHIATRIE POATE DEȚINE O AMPLĂ semnificație atunci cînd aceasta se săvîrșește într-un teritoriu unde pînă atunci asistența bolilor psihice și soarta bolnavilor încă nu deveniseră o distinctă competență medicală. În acest cadru de particularități socio-culturale și istorice se plasează și perioada începutului de asistență medicală psihiatrică, care a premers funcționării Spitalului „Socola“, perioadă în care s-a exprimat prin multiple idei și fapte, necesitatea progresului ca preocupare față de sănătatea populației.

Este cunoscut astfel, printre alte aspecte, foarte modestul început de funcționare din 1858 al ospiciului de la Golia, administrat de Epitropia casei Spitalelor Spiridon, de la care de fapt se dezvoltă pentru prima dată la Iași și Moldova, o asistență medicală calificată a bolnavilor psihici internați, asistență datorată unei personalități medicale de autentică pregătire în teoria și practica psihiatriei, doctorul Julian Lukaszewski. Lucrarea sa : „Soarta nebunilor“, publicată în „Analele casei spitalelor și ospiciilor Sf. Spiridon“ din Iași, în 1893, surprinde prin orizontul larg de informare și vizionară luciditate (6).

Julian Lukaszewski, autor al unei teze de doctorat susținută în 1862 la Berlin, este cunoscut ca membru al Societății de Medici și Naturalisti din Iași și a fost mai întîi medic secundar la Spitalul Pașcanu, iar din 1883 pînă în 1894 funcționează ca medic primar și director al ospiciului de alienați de la Golia. În lucrarea sa „Soarta nebunilor“ folosește date izvorîte din cunoașterea realistă a asistenței bolnavilor psihici din România ca și un bogat material documentar ce permite compararea acestuia cu situația altor țări din Europa. În acest sens, consideră pe drept cuvînt „Chestiunea alienaților ca fiind foarte gravă și importantă meritînd atențiunea atît a publicului inteligent cît și a autorităților țării“ (6, 9).

Astfel apare și se impune ideea unui spital modern de psihiatrie în perspectiva epocii sale, Julian Lucaszewski pentru a-și susuține pledoaria prezintă în mod succint, dar documentat, evoluția asistenței începînd cu epoca hipocratică, societatea romană, evul mediu și reforma lui Pinel. Proiectul spitalului este însă amplu prezentat în forma unor construcții multipavilionare, a amenajării și funcționării diferențiate după forma de

fesor consultant, fiind în același timp distins cu titlul de medic emerit, pentru valoroasa sa activitate în asistența bolnavilor psihici (19).

Leon Ballif s-a format în spiritul riguros al experimentului și cercetărilor de laborator, de fiziologie și biochimie, orientare în mare măsură dezvoltată în perioada de după anul 1924, cînd a lucrat la Cambridge și Oxford, sub conducerea lui Sherrington, Langley și Douglas. Această însușire, caracteristică și activității sale clinice, a fost susținută și dezvoltată prin funcționarea sa în Clinica de semiologie medicală, activitate care acordă o mai bună înțelegere a modului în care a abordat cercetarea, învățămîntul și asistența psihiatrică. Contribuția sa a fost esențială pentru continuarea și prestigiul școlii de la „Socola". Lucrările sale științifice s-au angajat în direcțiile de bază ale psihiatriei, cercetînd aspectele morfo-patologice, biochimice și metabolice în unele boli neuropsihice, cercetări clinice de genetică medicală, studii ecologo-epidemiologice, de psihoprofilaxie și igienă mentală, de psihiatrie medico-legală, terapeutică și organizare a asistenței psihiatrice. Cercetările sale asupra pelagrei, paludismului și encefalitei epidemice van Economo, sînt contribuții de referință pentru literatura medicală.

Leon Ballif, în informația sa medicală și științifică, a arătat o amplă receptivitate și angajare la înnoirea și modernizarea bazelor teoretice și practice ale psihiatriei, fapt ce poate fi exemplificat prin studii terapeutice de la malario-terapie, cura insulinică, pînă la aspectele noi privind terapia psihotropă. Unele din lucrările sale se referă la examenele sistemului nervos vegetativ, reflexul oculo-cardiac și tonusul vegetativ la bonavii psihici, a acordat atenție modificărilor psihice în tumorile cerebrale, pelagră, boli infecțioase și alcoolism. Lucrările întreprinse asupra sifilisului nervos și a malario-terapiei au contribuit alături de altele la prestigiul științific al școlii de la „Socola". În anul 1930 participă cu un raport, ca reprezentant al României la primul Congres Internațional de Igienă Mentală, congres care a avut loc la Washington. În această direcție, preocupat de frecvența cazurilor de îmbolnăvire prin boli psihice, de modalitățile asistenței psihiatrice și a capacității de spitalizare, corelate la frecvența cazurilor cu evoluție de lungă durată, inițiază și confirmă deschiderea către cercetările de epidemiologie psihiatrică, psihoprofilaxie, organizarea asistenței și igiena mentală (5).

Leon Ballif rămîne pentru dezvoltarea spitalului „Socola" inițiatorul unor direcții de activitate care se confirmă în prezent și personalitatea medicală și științifică care a creat acestor direcții baza materială și conceptele de lucru. Astfel, a fost construit în cadrul spitalului „Socola" un imobil nou, (1928), Serviciul de malario-terapie, anume destinat cercetărilor asupra imunității în malarie și asupra tratamentului în paralizia generală progresivă. La această bază de cercetare științifică și asistență medicală și-au desfășurat activitatea personalități științifice, s-au realizat colaborări medicale internaționale, s-a realizat un important volum de lucrări științifice cu directă contribuție la tratamentul bolnavilor și la studiul acțiunilor de combatere a malariei.

Leon Ballif rămîne în memoria celor care l-au cunoscut prin prestigiul și realizările sale, dar îndeosebi prin distincția sa personală și generozitatea sa față de colaboratorii și elevii săi, cărora le-a oferit în mod constant înțelegere, îndrumare și sprijin, în climatul colaborării medicale și științifice al școlii de la „Socola". Astfel, unul din elevii săi care a beneficiat de aceste condiții în formarea sa medicală, P. Brânzei, preia în continuare conducerea activității Spitalului clinic „Socola", funcționînd și ca director al spitalului, pînă la neașteptata sa dispariție din viață, la 9 martie 1985.

P. Brânzei, absolvent al Facultății de medicină de la Iași, format încă din ultimii ani ai Facultății în climatul asistenței și cercetării medicale de la „Socola", preia și dezvoltă direcțiile de promovare a tendințelor și nevoilor de asistență, corespunzător problematicii actuale a psihiatriei. Într-o perioadă de activitate efervescentă, Spitalul „Socola", ce se înscrie în dezvoltarea generală a psihiatriei din țara noastră, aduce contribuții ce afirmă viguroasa tradiție de permanent progres prin nevoia de a răspunde cu competență la tendințele actuale și de perspectivă ale asistenței medicale și cercetării științifice în psihiatrie.

P. Brânzei, plecînd de la o orientare de fiziologie nervistă, cercetări de morfo- și fizio-patologie în bolile psihice, cercetări clinice și de terapie, explorări ecologo-epidemiologice, cercetări de psihologie medicală, igienă mentală și organizarea asistenței psihiatrice, pledează în activitatea sa medicală, didactică și științifică, pentru originalitatea unui concept de interrelații bio-psiho-sociale, dinamice și unitare în personalitatea umană, concept considerat în același timp expresia unui constructivism științific.

P. Brânzei, prin activitatea susținută a școlii de la „Socola", cît și prin orientarea generală a dezvoltării psihiatriei din țara noastră, a inițiat și contribuit la extinderea asistenței psihiatrice, promovarea învățămîntului medical și a cercetării științifice în psihiatrie. Astfel, au fost elaborate sondaje și cercetări orientative asupra morbidității prin bolile psihice la populația și teritoriul asistat de Spitalul „Socola", s-a contribuit la formularea principiilor și metodologiei dispensarizării și s-a organizat pentru asistența populației Laboratorul de Sănătate Mintală (4).

Aceste acțiuni au fost întreprinse ca urmare a înțelegerii tendințelor actuale ale psihiatriei de a asigura asistența la nivel populațional, prin studiul factorilor de risc al îmbolnăvirilor psihice și prin organizarea unor măsuri de cît mai eficientă intervenție medicală. Aceste activități s-au efectuat cu participarea întregului colectiv de psihiatri, psihologi și personalul sanitar profilat în metodologia asistenței extraspitalicești.

Spitalul „Socola" se afirmă ca for metodologic și intervine prin multiple forme de colaborare, perfecționări de cadre medicale și acțiuni de directă participare la asistența din teritoriu, astfel încît, la persistenta inițiativă a lui P. Brânzei, se reușește înființarea unor secții de psihiatrie în toate orașele mai mari, cît și în capitalele de județe din teritoriul îndrumat metodologic. Odată cu extinderea relației de psihiatrie,

sporește în această perioadă, în mod simțitor, numărul medicilor psihiatri și al psihologilor.

În ultimele decenii în cadrul spitalului „Socola“ L. Ballif, S. Blumenfeld și P. Brânzei aduc importante amenajări sanitare și de condiții pentru o mai bună asistență medicală, alături de restaurarea unui pavilion într-o formă modernă de funcționare, în care se găsește un amfiteatru, biblioteca și cabinetele de explorări medicale și psihologice. Acest complex servește învățământului medical, reuniunilor științifice, activității de asistență medicală și procedurilor de psihoterapie. În același timp, în cadrul spitalului „Socola“ s-a diferențiat un serviciu de zi ca formă distinctă de asistență și ca verigă de legătură cu formele de asistență extraspitalicească.

P. Brânzei a adus o consistentă contribuție la organizarea ergoterapiei în spital și la elaborarea legislației privind ergoterapia remunerată, amenajînd în afara spitalului secțiile de la Pădureni și Ciocîrlești și a dezvoltat în același timp activitatea spitalului cu profil de ergoterapie de la Șipote. În mod distinct, cercetarea și asistența psihiatrică au fost orientate către studiul unor factori ambientali și a modalităților de intervenție asupra factorilor de risc pentru starea de sănătate în perioadele dezvoltării infanto-juvenile cît și în procesul de integrare în relațiile proprii ale unor activități productive. S-a promovat de asemenea, studiul și asistența recuperatorie a copiilor cu handicap psihic și motor și în general studiul metodelor de validare psihologice a copiilor cuprinși în diverse forme de școlarizare.

P. Brânzei a ilustrat activitatea didactică prin cursuri spectaculare și a elaborat singur și în colaborare monografii și cursuri de psihiatrie. Alături de această activitate, s-a afirmat prin publicarea unor numeroase articole, participări la congrese medicale, fiind în același timp membru al unor societăți medicale, naționale și internaționale. De asemenea, sub redacția lui P. Brânzei au fost date publicității lucrările științifice prezentate cu ocazia unor reuniuni științifice organizate la Spitalul „Socola“ cum au fost : „Relațiile interdisciplinare ale psihiatriei“ (1975), „Psihoterapia integratoare“ (1976), „Adaptare și integrare în mediul industrial“ (1977), „Viitorul psihiatriei“ (1981).

Recunoașterea posibilităților de cercetare și asistență modernă, realizată prin orientarea medicală a școlii de la „Socola“, a contribuit la numirea lui P. Brânzei ca expert OMS, iar Spitalul ca Bază de studiu pilot EURO/OMS pentru sănătatea mentală.

În prezent, conducerea activității clinice de asistență, învățămînt și cercetare este continuată de T. Pirozynski, elev al lui Leon Ballif și colaborator a lui P. Brânzei.

T. Pirozynski, absolvent al Institutului de Medicină din Iași și-a început activitatea în psihiatrie sub îndrumarea lui Leon Ballif și a colaborat în continuare la activitatea științifică, didactică și de asistență a Școlii de la „Socola“. Titlul științific de doctor în științele medicale l-a obținut sub conducerea lui Eduard Pamfil de la Clinica de psihiatrie Timișoara. Participările active la viața medicală și științifică, schimburile

de proceduri și competențe distincte, în semnificația umană a bolii și a destinului celor suferinzi de boli mentale.

În acest sens, în cadrul școlii de la „Socola" dezvoltăm în prezent conceptul și acțiunea unei psihiatrii înțeleasă ca disciplină medicală integrativă, antropologică și socială, psihiatrie al cărei obiect de studiu și intervenție, într-o amplă și integrală semnificație pentru relațiile de viață, este boala mentală și destinul celor invalidați de aceasta.

Spitalul clinic de psihiatrie, prin întregul său echipament funcțional, este și forul metodologic al asistenței psihiatrice pentru alte județe, contribuind astfel la promovarea unor obiective de sănătate ce revin asistenței psihiatrice și celei medico-sanitare în ansamblul ei (10).

În viitorul previzibil, toate aceste activități se amplifică, unele din ele își vor schimba raportul de prioritate, cu tendința către cercetarea populațională a factorilor de risc în bolile psihice dar și ai celor recuperatori, și în consecință a unor metodologii și forme de asistență proprii progreselor medicale și nevoilor populației (15, 17).

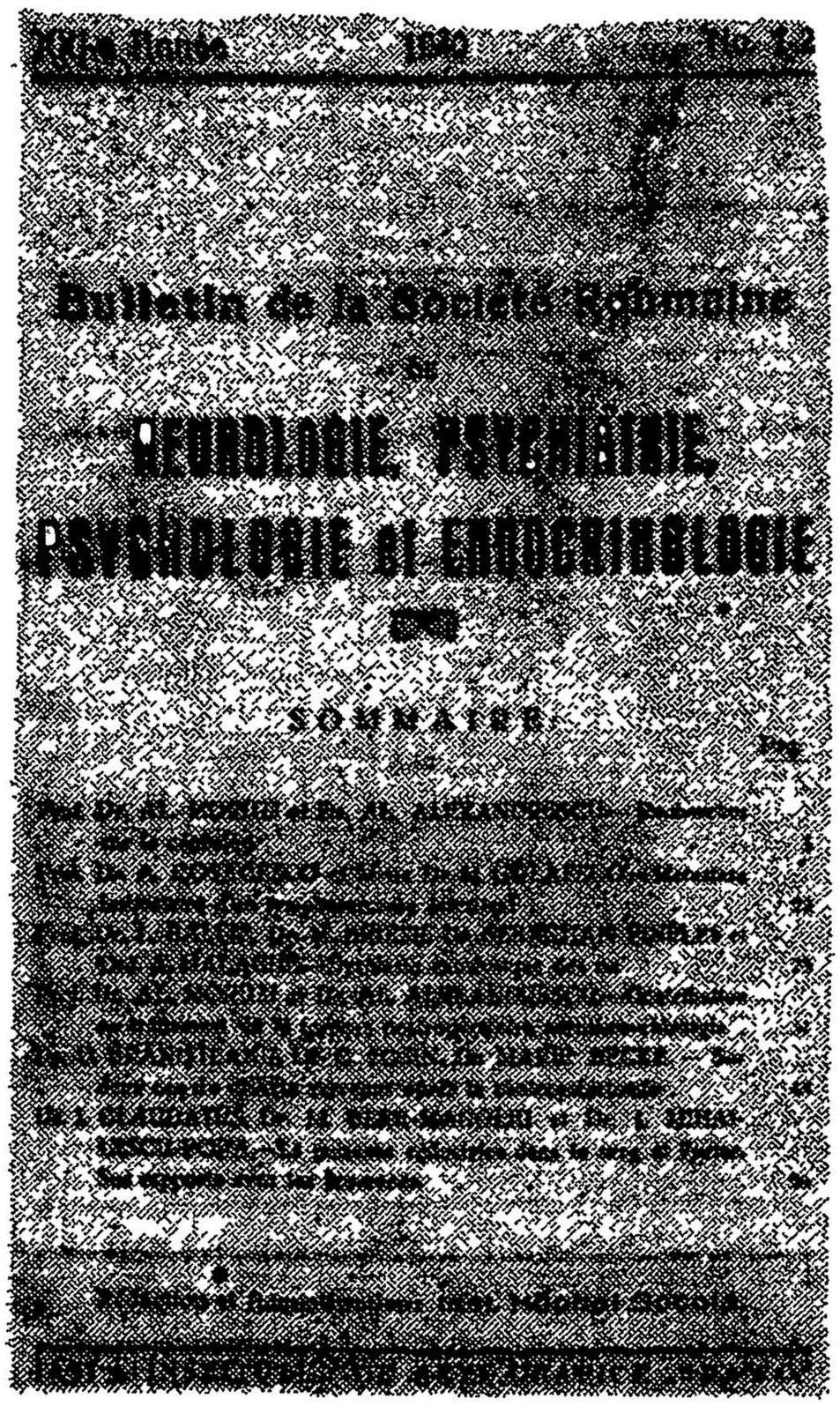
Spitalul clinic de psihiatrie este în același timp o bază a învățămîntului universitar unde se predau cunoștințele de psihiatrie atît studenților cît și tuturor medicilor al căror profil de specialitate necesită cunoștințe de psihiatrie și cunoștințe asupra progreselor ce se realizează în acest domeniu de studiu și activitate medicală.

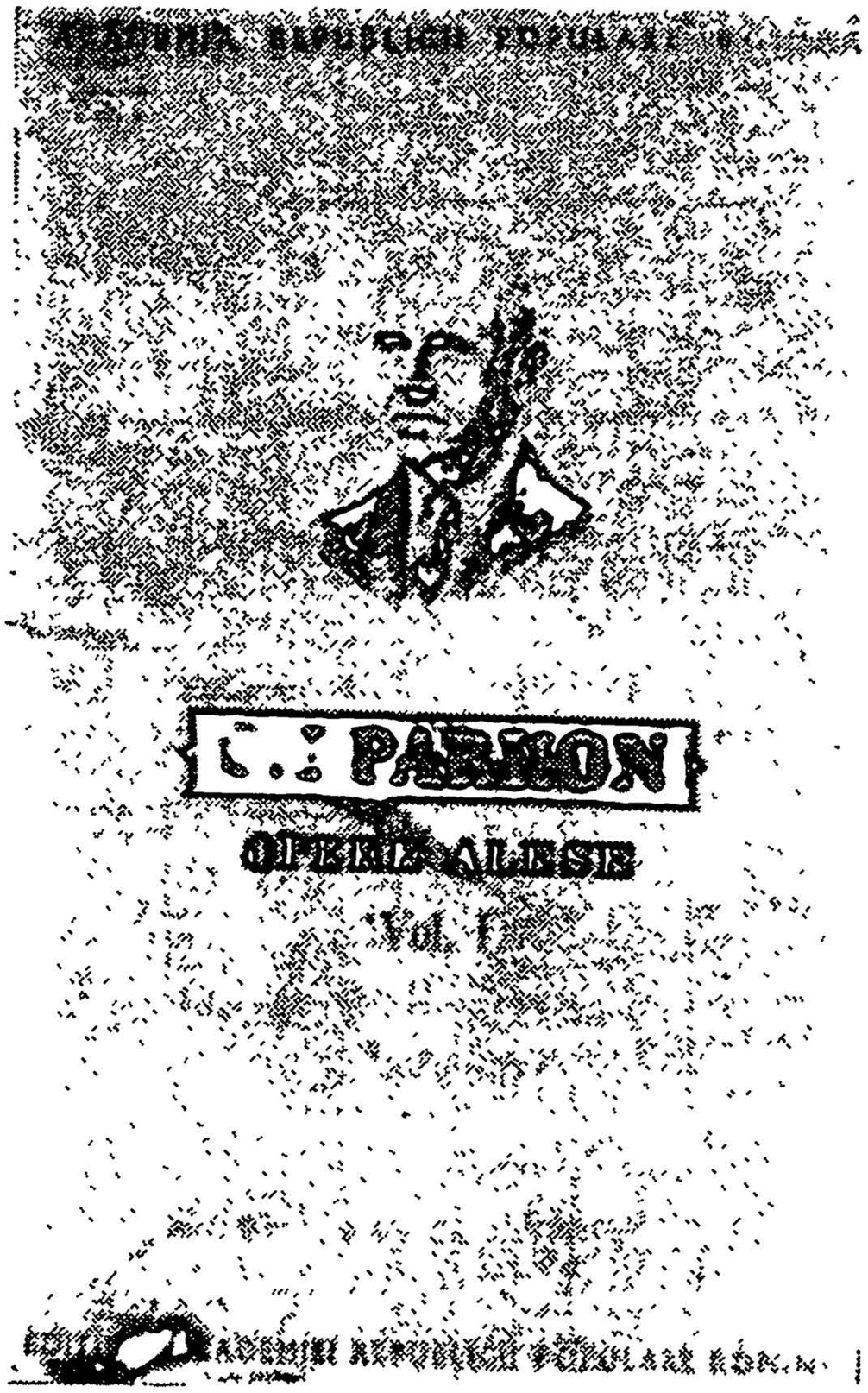
În viitor, această activitate implică nu numai perfecționări didactico-metodologice, dar și forme care să cuprindă în mod competent aspectele interdisciplinare ale psihiatriei, alături de modalitățile care să asigure însușirea progreselor în psihiatrie de către medicii din rețeaua de medicină generală și alte specialități medicale, sub incidența cărora va reveni în viitorul previzibil și intervenția lor în unele etape de asistență a unor categorii de bolnavi și boli psihice. La fel progresele psihiatriei vor implica o continuă integrare în asistența medicală a unor concepte și tehnici noi pentru care metodologia învățămîntului va necesita elaborarea unor modalități adecvate și cuprinzătoare față de ritmul dezvoltării științifice și tehnice (8).

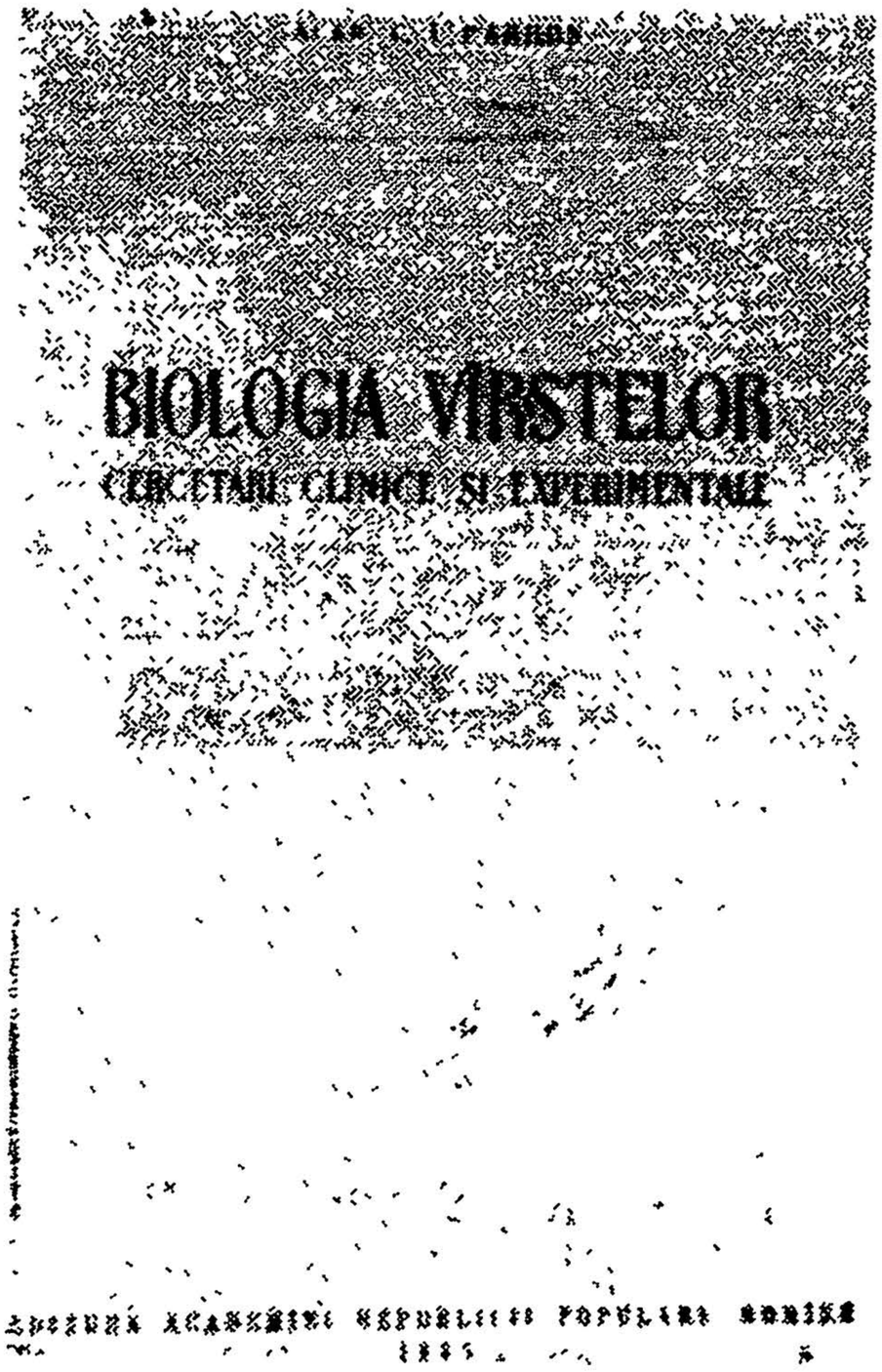
După cum se știe, Spitalul „Socola" are o prestigioasă tradiție în cercetarea medicală care s-a afirmat pe plan național și internațional. Această cercetare este orientată către procesele biomedicale ale psihopatologiei clinice și relaționale, către cercetări de epidemiologie descriptivă și analitică a bolilor psihice, către semnificația și relațiile imediate și tardive ale unor mutații ambientale pentru comportamentul uman și starea de sănătate mentală și către studiul intervenției terapeutice într-o mare varietate de forme și modalități caracteristice nivelului actual științific și tehnic, în contextul criteriilor axiologice și cadrului problematic al eticii medicale din civilizația noastră.

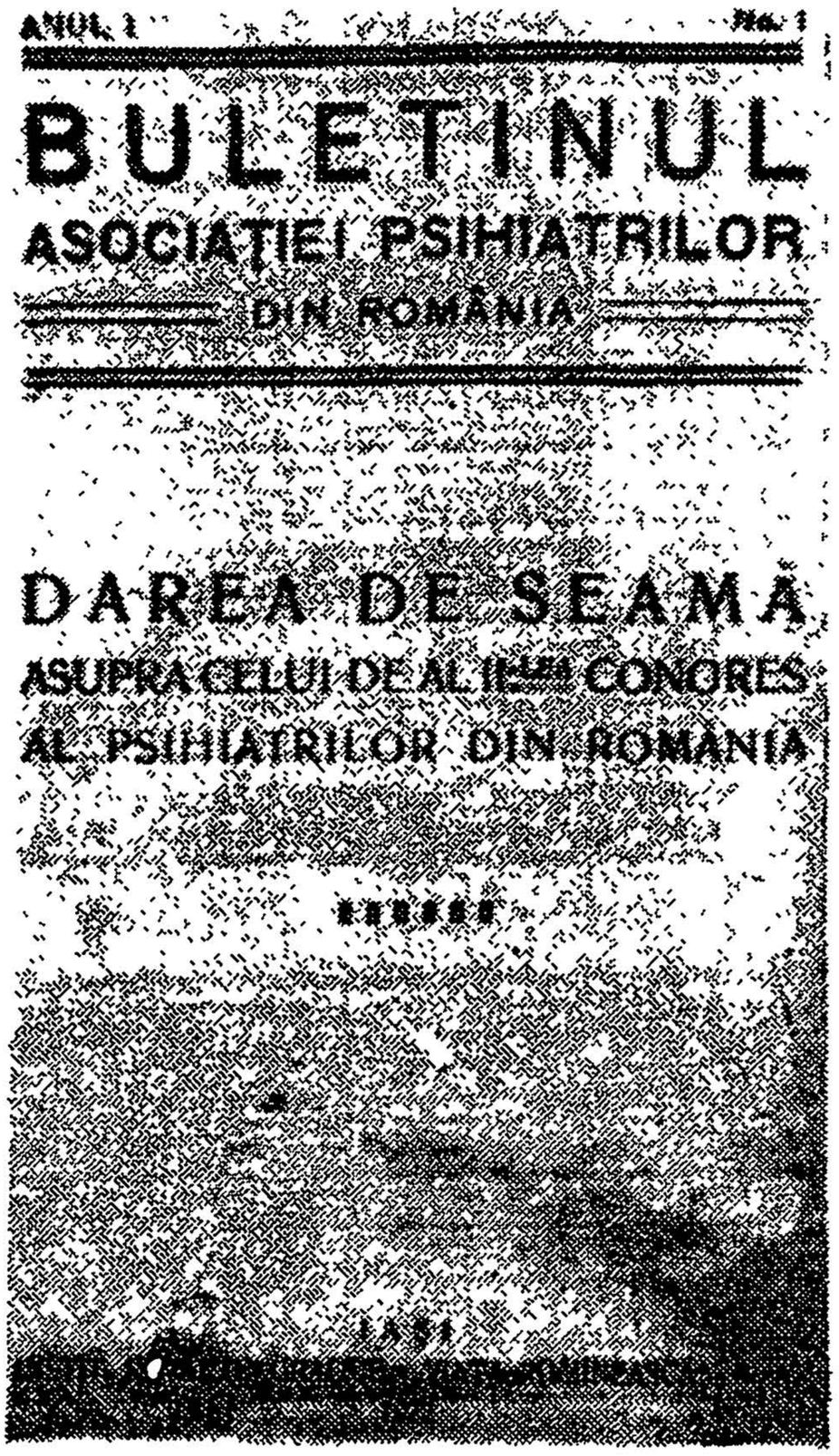
Ritmul dezvoltării științifice contemporane implică în viitorul previzibil, însușirea și manipularea principiilor și tehnicii interdisciplinare, a activităților metodologice și practice, ale cooperării pluridisciplinare cu valorizarea unor modalități tehnice avansate, dar și cu orientarea conceptuală a unor teme prioritare și aplicative către elaborări funda-

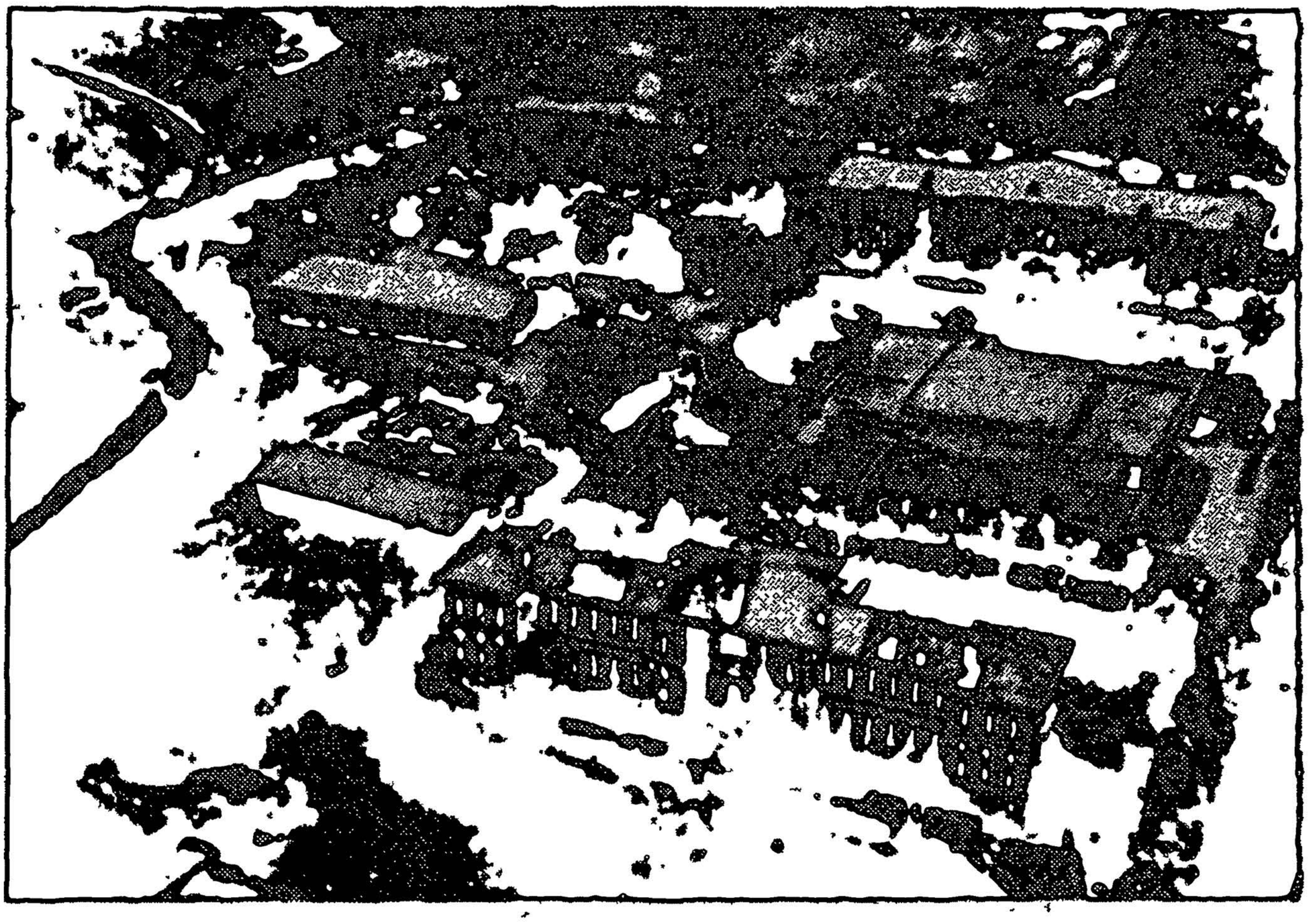
ASILUL DE ALIENATI
SOCOLA IAȘI
INSTALAT ȘI S'A DESCHIS DE
DOCTOR AL. BRĂESCU
MEDIC PRIMAR SI DIRECTOR
IN ANUL 1905 OCTOBRE 12

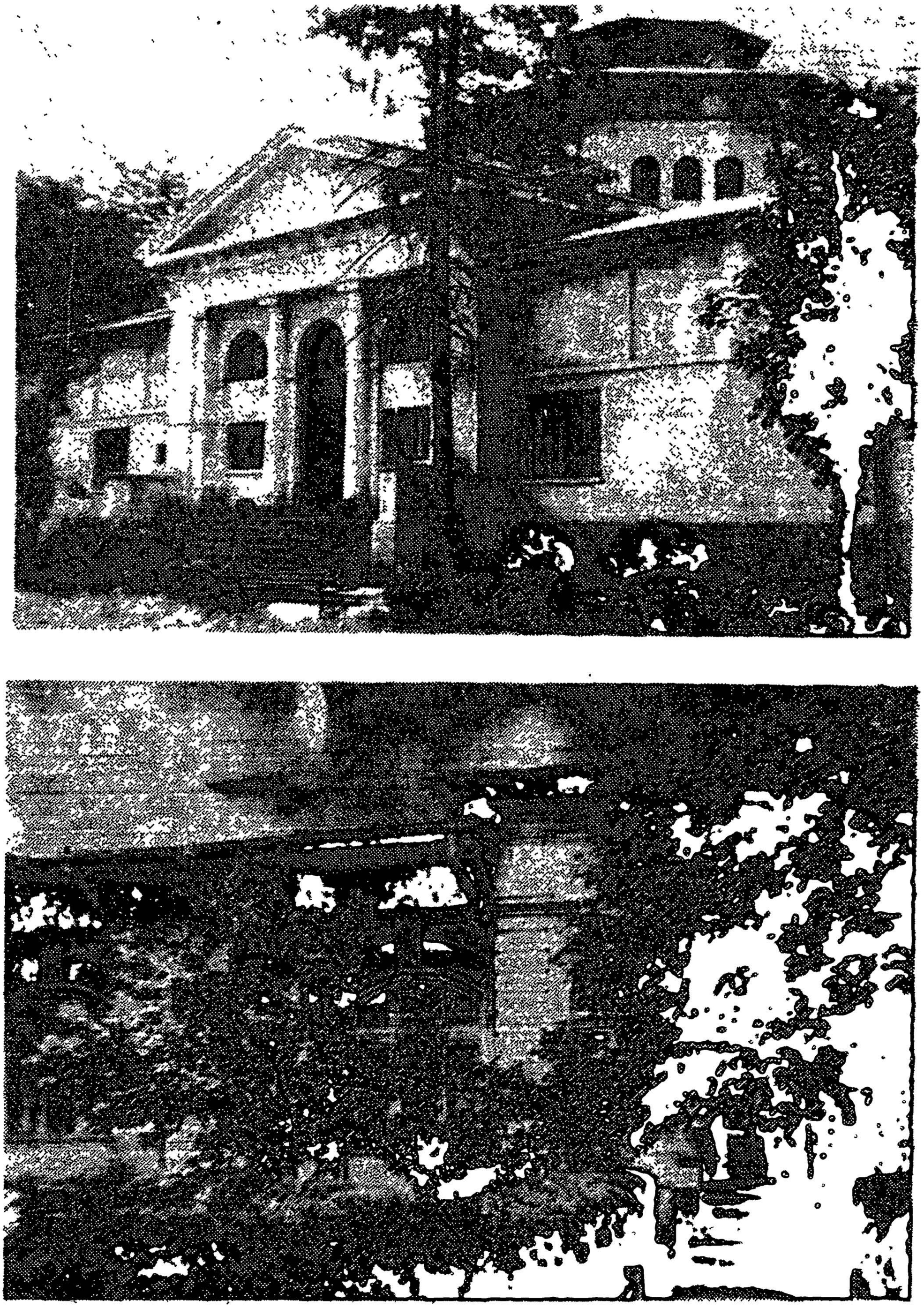

Bulletin de la Société Roumaine
de
NEUROLOGIE, PSYCHIATRIE,
PSYCHOLOGIE ET ENDOCRINOLOGIE
SOMMAIRE

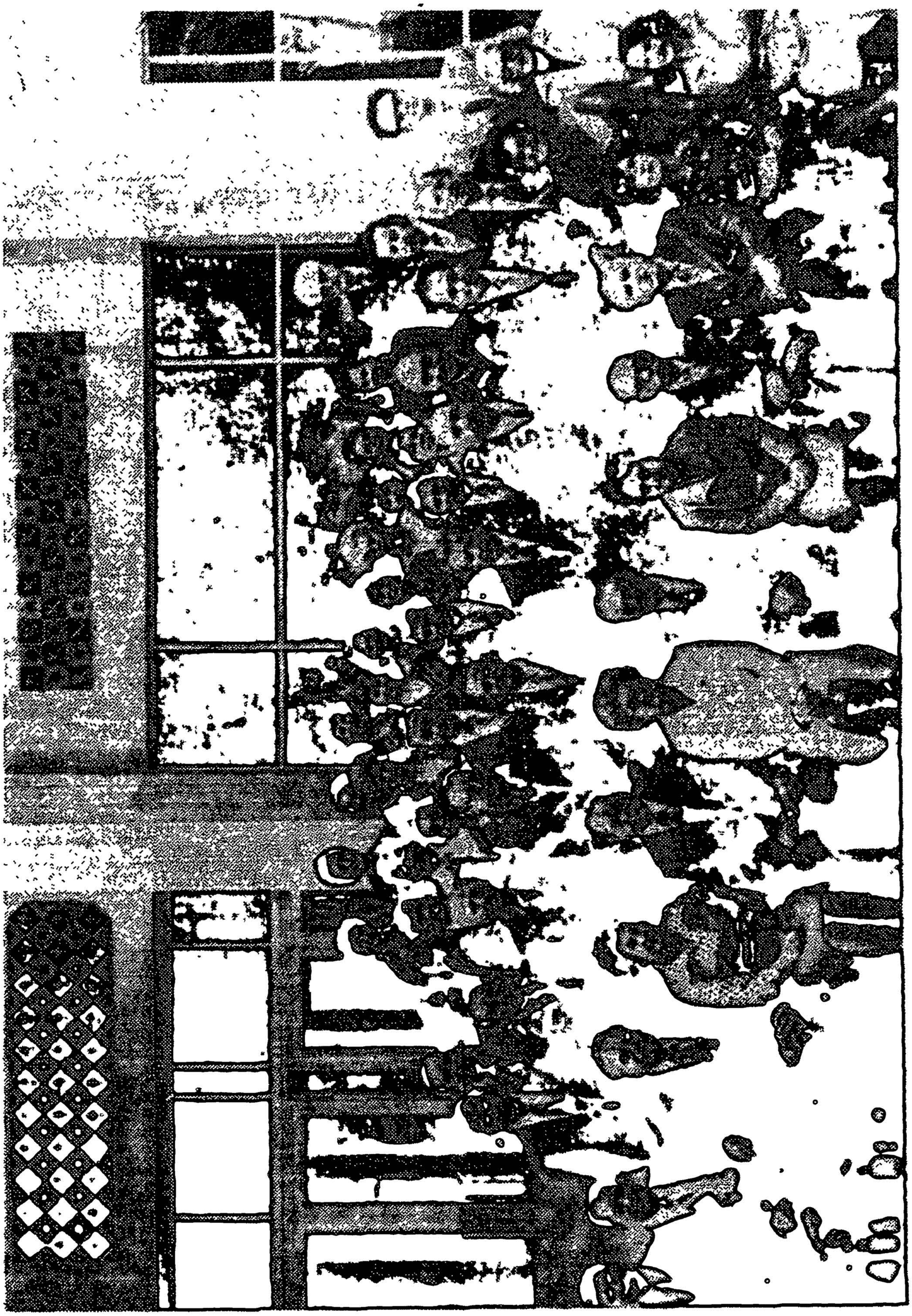

C. I. PARHON
OPERE ALESE
Vol. I


BIOLOGIA VÎRSTELOR
CERCETĂRI CLINICE ȘI EXPERIMENTALE


ANUL 1 No. 1
BULETINUL
ASOCIAȚIEI PSIHIATRILOR
DIN ROMÂNIA
DARE DE SEAMĂ
ASUPRA CELUI DE AL II-LEA CONGRES
AL PSIHIATRILOR DIN ROMÂNIA







of care delivery starting with Hyppocratic epoch, Romanian society, Middle Ages and Pinel's reform. The draft of the hospital is amply presented under the form of several buildings with differentiated arrangements and functions according to the form of the evolution of diseases, to the care for comfort, accessibilities, treatments and human conditions of life, with green spaces and ensuring some ergotherapeutic orientations on which he distinctly insists. He also insisted for the necessity of running a psychiatric clinic beside the University and it is daringly expressed the necessity of obligatory setting up of psychiatric training in the medical school being criticised the lack of information of the physicians who decide the admissions into psychiatric hospitals. He also drew the attention of the complexity of psychiatric approach with dealt with the activity of brains studying „the divagating spirit and its morbid abnormalities".

Refering to the contents of psychiatry, Julian Lukaszewski openly affirms that „so long psychiatry is subordinated to psychology, philosophy and even theology it could not be trusted. But today it became a real science holding the foremost rank among medical sciences since it had taken as a matter of research the knowledge of psychic functions while in morbid state".

Synthesizing his observations, Lukaszewski „pleads on behalf of science and civilization for the idea of State's care delivery for the psychic pacients and for the need that all general practitioners should get the knowledge necessary in psychiatry. He clearly formulated the qualities required by a psychiatrist, trained with a large horizon of knowledge, „from the structure of the brain and its psychic functions to the physicians's qualities of a psychologist, philosopher, sociologist and philanthropist" (6).

I pointed out these aspect in order to retrospectively project the generous personality of the first psychiatrist, the forerunner of modern psychiatric care delivery achieved by the opening of „Socola" Hospital but also to comprehend the climate of ideas and facts characteristic for the town of Iași at the cross of the two centuries.

The existence of the University, of Medical Faculty and of several cultural institutions, of the „Society of Physicians and Naturalists" — the first scientific medical society in Romania, the communication and contact with medical and cultural centres from Europe explain the ideals of progress and humanitarian preoccupation for the need of population's health (2, 16).

In these conditions of the emancipation of public opinion and opening to progress the law bodies of our country established, with the vote of May, 29, 1982, the building of two „Institutions for alienated", one in Bucharest and the other in Iași. The funds settled for building „Socola" Hospital were given to the Epitropy St. Spiridon (11, 14).

The press of the time, especially of the years 1895 and 1896, revealed lively confrontation regarding the emplacement of „Socola" Hospital either in Tg. Ocna or in Iași, disputes which we undestand

other studies and researches confirmed his value and scientific prestige at the time when he took the head of medical training and activity in „Socola". The scientific work of C.I. Parhon, published in the medical press both in our country and abroad, in monographs and treatises was to be re-edited under the auspices of the Romanian Academy and is, for the present, a refering basis for medical research (7). This work is the expression of a prestigious scientific personality of a scientist who created bases of a research school which gathered, due to his medical authority and human stand, a series of valuable collaborators who, in their turn, affirmed in our country and at international level the value of this school and of the master who created it.

C.I. Parhon developed and modernized the laboratory of „Socola" Hospital as a basis of bio-chemical experiments and researches, for psychology and morphopathology. Out of his initiative in 1918 on 9. November, the Society of Neurology, Psychiatry and psychology was founded, which in the course of time oriented its preoccupations to forensic medicine, endocrinology and psychopathology. The „Buletin" of the Society, published in French, appeared regularly between 1919 and 1947, modifying its title according to the extension of its content to certain medical domains like neurology, psychiatry, endocrinology, psychopathology, forensic medicine, neuro-surgery, otho and neuro-ophtalmology, and anthropology. In this Bulletin in the course of its life there have been published 2 412 articles. The Society founded by C.I. Parhon organized between 1920 and 1938 a number of 18 national congresses that have been held in the psychiatric hospitals all over the country (1, 4, 19).

The foundation of a scientific society, of a journal of medical speciality as well as the organization of congresses in the psychiatric hospitals all over the country bring into relief the value and the prestige of the medical school of „Socola" which brings in this way an important contribution to the development of psychiatry, neurology and endocrinology in Romania and, at an equal extent, to the general inheritance of medical sciences.

C.I. Parhon was the president of the Society of Physicians and naturalists in 1915, 1916 and 1922. By the ample exchange of scientific information, the direct contact with personalities of the medical world it is achieved the original affirmation of a creative activity of international prestige with direct implications not only for the activity of „Socola" Hospital but also for the evolution of psychiatry and some medical conceptions opened to the actual progress of sciences.

In this period of his work for „Socola" Hospital, C.I. Parhon remains the initiator of a medical school, a prestigious scientist consecrated in the world of sciences, a man of great attachment to his collaborators and disciples, endowed at the same time with the force of opinion and courage in the social life, recognized qualities that led to his election for the Romanian Academy and a high state position.

demiology, psycho-prophilaxy and the organization of care delivery and mental hygiene (5).

For the development of „Socola“ Hospital, Leon Ballif remains the initiator of some directions of research which confirm nowadays the medical and scientific personality who created them and their material bases and working concepts. Thus it was built a new ward in „Socola“, in 1928, the Malario-therapy Service, devoted to the researches of immunity in malaria and of the treatment of general progressive paralisis. In this basis of scientific research and medical care delivery worked scientifical personalities and international medical collaborations have been achieved, it was realized an important volume of scientific papers with a direct contribution to the treatment of pacients and the study of the actions against malaria.

In 1937 it was promoted the setting up of a service of neurosurgery whose activity, after a period of interruption, was later on developed by a clinical service of neurosurgery headed by N. Oblu. Starting from the manner organization of „Socola“ Hospital this service has today its own medical basis working as the Clinic of Neurosurgery, Iași.

In 1942, closely connected with psychiatry, it was founded the education and the clinic of endocrinology and after 1948 through the organization of medical university education, the clinics of psychiatry, endocrinology and neurology are differentiated by their own medical content and the leadership of these clinics are entrusted to medical and scientific personalities formed at the School of „Socola“, Maria Briese and Zoe Caraman, disciples and collaborators of C.I. Parhon and Leon Ballif (19).

In 1961, for a better arrangement, the Clinic of Neurology was transfered to „Socola“ Hospital were it worked until the building of today's Clinic of Neurosurgery of Iași. In the same climate of promoting means for the needs of medical care is founded, for the first time, the clinical service of pedo-psychiatry headed since its foundation by S. Blumenfeld, disciple and close collaborator of Leon Ballif and who held the position of a director of „Socola“ Hospital during the period between 1951 and 1956.

Leon Ballif was intensely preoccupied to ensure care delivery of psychic pacients and especially of the cases of long term evolution. In this respect, due to incessant efforts of the leadership of the psychiatric school of „Socola“, it was obtained, in 1930 — as an obvious expression of a humanist and progressive conception — the change of the law concerning the admission of the psychic pacients who could be admitted in hospitals like all the other pacients of any medical profile (1). This preoccupation to establish a statute of the psychic pacient which is expressed by the attention for the problems of mental hygiene appears stronger in the efforts to differentiate the forms of psychiatric care and to promote the foundation and organization of hospitals and services of ergotherapy within the medical care of psychic pacients. Leon Ballif founded the psychiatric services in Răducăneni, Bohotin, Șipote, deve-

loping thus the concept and methodology of ergotherapy in the care delivery for the pacients with long term evolution.

Leon Ballif, prominent personality of medical life, constantly contributed to the affirmation of the School of „Socola" at international level, through the collaborations he had and his participation at scientific life. He endowed and developed the library of „Socola" Hospital with treatises, books and Journals coming from many countries and prestigious scientific centres many of them belonging to his own library. Besides other scientific participations he distinguished himself as president of the „Society of Physicians and Naturalists" of Iași (1933, 1935, 1937, 1939) and as editor in chief of the „Bulletin" of the Society of Psychiatry. Neurology, Endocrinology and the Medico-Surgical Journal of Iași (2, 12).

Leon Ballif remains in the memory of those who knew him due to his prestige and his achievements but especially for his personal distinction and his generosity with his collaborators and disciples to whom he always offered his understanding, guiding and support in the climate of medical and scientific collaboration of the School of „Socola". P. Brânzei took the leadership of the activity of the Clinical Hospital „Socola" and has been its director until his unexpected disappearance from life on 9, March, 1985.

A graduate of the Medical Faculty of Iași, educated since the last years of his training in the climate of medical and scientific research and care delivery of „Socola", P. Branzei developed the direction of promoting the tendencies to solve the need of care corresponding to actual problems of psychiatry. In a period of effervescent activity integrated into the general development of psychiatry in our country he brought about contributions that affirmed the vigorous traditions of permanent progress through the need to respond competently to the actual tendencies and the perspectives of medical care and scientific research in psychiatry.

Starting from an orientation of neuristic physiology, morpho- and physio-pathology in psychic diseases, clinical research and therapy, ecologo-epidemiological investigations, research of medical psychology, mental hygiene and the organization of psychiatric care, P. Brânzei pleads in his medical, scientific and didactic activity for the originality of a concept of bio-psycho-social interrelations, dinamic and unitary in human personality — a concept considered in the same time the expression of a scientific constructivism.

Through the sustained activity of „Socola" School as well as the general orientation of the development of psychiatry in our country, P. Brânzei initiated and contributed to the extension of psychiatric care, the promotion of medical education and scientific research in psychiatry. Thus, polls and orientative researches have been elaborated on the morbidity due to psychic diseases in the population in the territory of „Socola" Hospital. This was a contribution to the formulation of the

principles and methodology of ambulatory care and a Mental Health Laboratory was organized for the care delivery in population. (4).

These actions were undertaken as a consequence of understanding the actual tendencies of psychiatry to ensure the care of population through the study of risk factors of psychic disease and by organizing efficient steps for medical intervention. These activities have been carried out with the participation of the entire staff of psychiatrists, psychologists and sanitary personnel profiled in the methodology of out-hospital care.

„Socola" Hospital is affirmed as a methodologic forum and makes its presence felt by many forms of collaboration, improvement of medical personnel and actions of direct participation at the care delivery in the territory, so that, at the persistent initiative of P. Brânzei, several sections of psychiatry in all larger towns as well as in county hospitals in the territory it guides methodologically have been founded. With the extention of the psychiatric network it also increased the number of psychiatrists and psychologists.

During the last decades there have been made important sanitary arrangements by Leon Ballif, S. Blumenfeld and P. Brânzei, for a better medical care delivery, besides the restauration of a ward in a modern shape in which one can find an amphitheatre, library and offices for medical and psychological investigations. This complex serves for medical education, scientific meetings and to some procedures of psychotherapy. At the same time within „Socola" Hospital it was founded a day-service as a distinct form of care delivery and a link with the forms of out-hospital care delivery.

P. Brânzei brought a consistent contribution to the organization of ergotherapy in hospital and to the elaboration of the legislation regarding the remunerated ergotherapy founding out of hospital services in Pădureni, Ciocîrlești and developed at the same time the activity of the hospital of ergotherapy of Șipote. The psychiatric research and care have been distinctly guided to the study of some environmental factors and the modalities of intervention on the risk factors for the state of health during the periods of infanto-juvenile development, as well as in the process of integration into the relation of some productive activities. It was also promoted the recuperatory study and care of the children with motor and psychic handicap and generally, the study of the methods of psychological validation of the children in various forms of schooling.

P. Brânzei illustrated his didactic activity by spectacular courses of lectures and elaborated, alone or in collaboration, monographs and lectures on psychiatry. Besides, his activity was affirmed by the publication of numerous papers, participations at congresses, being at the same time a member of several medical societies both national and international. Under P. Brânzei guidance there have been published scientific papers, communicated in some scientific meetings organized by „Socola" Hospital such as : „Interdisciplinary Relations of Psychiatry"

(1975), „Integrative Psychotherapy“ (1976), „Adaptation and Integration in Industrial Environment“ (1977), „The Future of Psychiatry“ (1981).

The recognition of the posibilities of research and modern care delivery achieved by the medical school of „Socola“ contributed to P. Brânzei's appointment as a WHO expert and the Hospital as a Pilot Study Area of EURO/WHO for mental health.

A graduate of the Medical Institute of Iași, T. Pirozynski started his activity in the field of psychiatry under the guidance of Leon Ballif and collaborated to the scientific, didactic and care of „Socola“ School. The title of a Doctor in medical sciences was obtained under the guidance of Eduard Pamfil at the Psychiatric Clinic of Timișoara. His active participations at medical and scientific life, experience exchanges and collaborations with other medical centres in our country and abroad contributed to his orientation into the problems of contemporary psychiatry. Member of several national and international scientific societies and affirmed through scientific works published in our country and abroad and participations at national and international congresses, he initiated researches of neuro-endocrino-psychiatry, pedopsychiatry, geronto-psychiatry, together with other ones on the motivation of behaviour, relational and delinquent-judiciary relations, on autolythic conducts, reactive psycho-syndromes and theoretic and clinical studies regarding the investigations, therapy and methodology of care delivery. As a chief of clinic he led and goes on leading the didactic activity for the students and the courses of specialization and improvement in psychiatry.

The tradition of medical advance of „Socola“ School is projected upon the present activity, a fact that obliges for the future to promote the value level within the general context of psychiatry in Romania and the requirements characteristic to contemporary world, with its dinamic mutations in people's life and health.

The Clinical Hospital of Psychiatry „Socola“ belongs to the category of large hospitals due to its ample capacity of admission, organized in a multi-ward system with out-hospital services (Răducăneni, Pădureni, Ciocîrlești, Galata) and it is also mono-profiled through the character of medical care.

The functional hospital is provided with services of medical sorting, admissions, diagnosis and treatment, differentiated modalities of psychiatric care for the stages of infanto-juvenile development, the problems of adolescent, geronto-psychiatry, care for pacients with long term evolution, psychotherapy, occupational therapy, ergotherapy, psysiotherapy, and a day-service. At the same time the care delivery for the population is ensured by the permanent activity and coordination of the psychiatric offices of territorial policlinics and the program of activity of the Mental Health Laboratory. Within the profile of care there are also activities of medical competence regarding psychiatric cases. All these activities are supported by medical investigations, psychological and clinic-laboratory tests which, through their differentiated

activities and technical endowments, specialists and arrangements, integrate themselves into the process of providing many forms of psychiatric care, besides the sanitary material and drug procedures through the pharmacy in the hospital.

The entire functional system of providing care delivery uses for investigations, diagnosis and treatment the collaboration relations with the clinics, laboratories and services of other medical specialities, a collaboration specific for a university medical centre.

The same form of collaboration, besides the library of thc hospital is provided by medical and scientific information.

The psychiatric care integrally open to recuperatory communication of the social group and life relations is a hyerarchised system of distinct procedures and competences in the human significance of the disease and the destiny of those suffering from mental diseases.

In this respect, within „Socola" School we develop in the present the concept and action of a psychiatry understood as an integrative medical discipline, anthropologic and social, in an ample and integral significance for life relations, a psychiatry whose subject of study and intervention is mental disease and the fate of those invalidated by it.

By its whole equippment the clinical hospital of psychiatry is the methodologic forum of psychiatric care for other counties contributing in this way to the promotion of health aims for psychiatric care and medico-sanitary care in its complexity (10).

For the previsible future all these activities will be amplified, some of them will change their rate of priority, with the tendency to populational research of the risk factors in psychic diseases but also the recuperatory factors and consequen tly of methodologies and forms of care, specific for medical advance and population's needs (15, 17).

The clinical hospital of psychiatriy is at the same time a basis of university education where the psychiatry knowledge is taught to both students and all physicians whose special profiles require knowledge of spychiatry and of the advances achieved in this field of study and medical activity.

In future this activity implies not only didactic and methodologic improvements but also forms able to comprise competently interdisciplinary aspects of psychiatry, besides the modalities able to ensure the learning of the advances in psychiatry by the physicians of the network of general medicine and other medical specialities who will have to deal in the previsible future with certain categories of psychic diseases and pacients in certain stages of care. The same, the advances of psychiatry will imply a continuos integration into the medical care of new concepts and technics for which the methodology of education will have to elaborate new proper modalities for the rhythm of the scientific and technic development. (8)

As it is known, „Socola" Hospital has a prestigious tradition in medical research work which affirmed itself at national and international level. This work is guided to biomedical processes of clinical and

relational psychopathology, to researches of descriptive and analytical epidemiology of psychic diseases, to the significance of immediate and tardive relations of certain enviroment mutations and to the study of therapeutic intervention in a large variety of forms and modalities characteristic for the actual level of science and technic, in the context of axiologic criteria and the frame of the problems of medical ethics in our civilization.

The rhythm of contemporary scientific development implies in the previsible future the learning and manipulation of the principles and technics of interdisciplinary researches of methodologic and practical activities, of pluridisciplinary cooperation with application of advanced technic modalities but also with conceptal orientation of prioritary and applicative themes toward fundamental elaborations. It appears thus the necessity of programed activity of correlation of the clinico-therapeutic researches and ecologo-epidemiologic ones with studies of biological bases in psychic diseases and those of psychology and psychopathology of relational behaviour. These studies suppose instrumental modalities of high analytical capacity, but also advanced technics of data processing, conditions which will be achieved through a continuous medical improvement, creativity and competent cooperation, through work division, with other clinics and units of scientific research (20).

„Socola" Clinical Hospital of Psychiatry, in the perspective of such orientations. affirms itself by its tradition of progress at the level of certain specific exigences characteristic to the development of psychiatry in our country, to contemporary scientific researches to the general approach for the promotion of mental health and the values that ensure the existence and quality of life.

The function of medical school obtained by a prestigious tradition and achieved by the existence of an educational basis, scientific research, care delivery, methodological guidance, active participation at the circulation of national and international values is a reality and a project of continuous development and progress which constantly animates all who work and collaborate with „Socola" Hospital.

SECȚIUNEA I

ASISTENȚA PSIHIATRICĂ — CRITERII, METODE, INSTRUMENTE DE LUCRU, PERSPECTIVE

PSYCHIATRIC CARE DELIVERY — CRITERIA, METHODS, WORKING INSTRUMENTS, PERSPECTIVES

UNELE ASPECTE PROFILACTICE ALE ASISTENȚEI PSIHIATRICE ACTUALE

Gh. Grecu, T. Pirozynski

Institutul de Medicină și Farmacie — Tg. Mureș
Institutul de Medicină și Farmacie — Iași
Clinica de Psihiatrie

Atît tematica prezentei consfătuiri, cît și afirmațiile justificate ale nenumăraților autori evidențiază faptul că în domeniul asistenței medicale în ultimele cinci decenii s-au obținut cele mai remarcabile progrese, echivalente cu tot ceea ce s-a înfăptuit în acest domeniu în decursul istoriei sale milenare.

Etapa ultimelor trei decenii în asistența psihiatrică a fost constituită de introducerea în 1952 a preparatelor psihotrope, datorită cărora s-a schimbat radical nu numai modul de înțelegere a bolnavului psihic ci și structura organizatorică a asistenței psihiatrice.

Actualmente maladia psihică poate fi definită ca o expresie dinamică secundară unei interferențe polifactoriale de ordin negativ, endobiologice, psihogene și sociogene, fenomen care dă alte trăsături bolilor psihice față de cele somatice, iar conceptul de sănătate și boala mintală cu caracterul său tridimensional bio-psiho-social a pătruns treptat în conștiința socială.

După studiile diferiților autori, volumul morbidității prin boli psihice este cuprins între 20 și 25% iar după unii autori chiar peste dublu. Indiferent de procentajul diferit obținut prin nenumărate studii epidemiologice, el evidențiază o creștere constantă a morbidității prin boli psihice în lumea întreagă.

În marea majoritate a cazurilor, boala mintală constituie doar un episod din viață și nu destinul unui om care să-i caracterizeze toată existența sa ulterioară.

În cadrul liniilor directoare ale Congresului al XIII-lea sînt cuprinse și sarcinile îndreptate spre profilaxia bolilor psihice, apărarea și promovarea sănătății mintale a populației, iar prin creșterea nivelului de trai și îmbunătățirea condițiilor de viață ale întregului popor, obiectivele amintite sînt în conformitate cu cele mai înaintate tendințe ale societății moderne.

Spre deosebire de suferințele somatice, bolile psihice au o evoluție fluctuantă și cu perioade mai îndelungate de incapacitate temporară de muncă.

Fără a ne opri asupra formelor de profilaxie (primară, secundară și terțiară) evidențiem faptul că această orientare constituie nu numai un salt calitativ semnificativ, ci și o trăsătură nouă a asistenței psihiatrice moderne. De fapt, în noțiunea de psihoprofilaxie sînt intricate și reunite în mod armonios toate măsurile, metodele și mijloacele socio-culturale, economice și în special științifice, menite să înlăture sau să reducă potențialul morbidității prin boli psihice. În această definiție se încadrează cel mai bine profilaxia primară, a cărui ansamblu de măsuri medico-sociale, sînt țintite spre prevenția îmbolnăvirii psihice anterior instalării ei, fiind vorba deci atît de protecția individului cît și a comunității căreia îi aparține față de suferințele psihice și implicațiile lor.

Realizarea profilaxiei constă din cunoașterea factorilor psihopatogeni, a grupelor populației cu risc crescut și dintr-o serie de măsuri și acțiuni medico-sociale mai mult sau mai puțin specifice direcționate spre înlăturarea sau diminuarea influenței factorilor patogeni, în consecință, protejarea grupelor amintite.

Sfatul genetic joacă un rol important în profilaxia bolilor psihice, dar pentru ca el să fie corect, e necesar să fie cunoscut cariotipul, atît al probantului cît și a genitorilor săi.

Posibilitatea determinării (cromatinei sexuale). sexului cromatian, cariotipului și alte aspecte enzimale prin amniocenteză (recoltare prin punctie transabdominală de lichid amniotic — în primele 3—4 luni) constituie o achiziție importantă în precizarea diagnosticului antental a unor maladii cromatiniene și metabolice mai mult sau mai puțin grave. E recomandabil ca aceste determinări să fie efectuate la gravidele din ale căror antecedente familiale se desprinde un risc crescut, precum și la gravidele intrate în a 5-a decadă de vîrstă care pot da naștere la copii cu anomalii cromozomiale (1/80—1/50). Descrierea mai recentă a „sindromului fetal alcoolic" va determina ca pe viitor să fim foarte atenți în sfatul genetic cu gravidele alcoolo-dependente.

În general, pentru realizarea unei profilaxii genetice eficiente, este absolut necesară evidența clară și centralizată a tuturor cazurilor de maladii psihice cu caracter ereditar (coreea Huntington, psihozele endogene, aberațiile cromozomiale) în vederea intervenției noastre printr-un sfat genetic activ.

În cadrul sistemului ecologic sînt prezenți o serie de factori care pot juca un rol nociv în dezvoltarea și structurarea vieții psihice a copiilor și deteriorarea ei la adulți. Dintre acești factori amintim : intoxicațiile cu metale grele (plumb, arsen etc.) gaze toxice (benzen, alcool) la care se adaugă radiațiile atomice, bolile infecto-contagioase (rubeola în primul trimestru de sarcină) toxoplasmară (în ultimul trimestru), icterul nuclear (legat de incompatibilitate), complicațiile nașterii, stressul și inalnutriția, abuzul de toxice (fumat, cafea, alcool, neuroleptice), traumatismele pre și perinatale. Nocivitatea acestor factori care acționează într-o perioadă de maximă multiplicare neuronală, glială și de mielinizare, dar și de risc maxim prin fragilitate și vulnerabilitate psihică și somatică a viitorului copil, menit să devină un ins sănătos și util societății, trebuie înlăturată sau redusă la maximum posibil, asigurînd gra-

videlor și apoi copiilor cele mai optime condiții, necesare dezvoltării normale psihice și fizice în cadrul unor relații intrafamiliale stabile și armonioase.

Tot în grupa acestor factori intră și influențele negative din cadrul mediului familial, școlar și socio-economic, în cadrul cărora carența afectivă maternă, relațiile părinte-copil neadecvate, carențele instructiv-educaționale sau devierea educațional-instructivă, a familiilor dezorganizate, traumele psihice timpurii, facilitează din plin dezvoltarea unei fenomenologii psihopatologice de tip comportamental, nevrotic, retardat mintal, și pseudopsihopatic.

Chiar și în familiile bine și armonios organizate dar în care ambii părinți se află în cîmpul muncii, fiind și suprasolicitați, se poate întîlni un „hospitalism familial" (HEUYER, 1964), cu o întîrziere mintală determinat de carențarea afectiv-cognitivă a copilului și de lipsa unui substitut parental.

De obicei, putem afirma că o mare parte din tulburările nevrotice, comportamentele pseudopsihopatice întîlnite la copii, reflectă deja existența unor relații intrafamiliale patologice.

Realizarea procesului formativ al personalității depinde extrem de mult de : stimularea afectivă (dragoste părintească) sentimentul securității și stabilității (echilibrul și atmosfera liniștită și optimistă din familie), stimulare și continuitate educativ-cognitivă, existența unei conduite morale în familie și bineînțeles existența unor raporturi armonioase și unitare între părinți și copii.

Odată cu școala, liceul și studiile universitare cu rol major în formarea și structurarea personalității, apar o serie de alți factori ca de pildă tendințele enciclopediste din manuale și cursuri, doparea cu un volum mare de cunoștințe în defavoarea laturii educativ-formative, supraîncărcarea care reduce orele de somn și timpul relaxării psiho-fizice active, metode educative dure, libertinismul sau rigiditatea familiei sau a cadrelor didactice. Un rol negativ realizează și orientarea școlară și profesională greșită, stressul de adaptare la viața universitară si altele care prin repetarea și persistența lor facilitează apariția unei psihopatologii școlar-universitară dominată în special de stări asteno-nevrotice și suprasolicitare, reacții depresive, tulburări de comportament afective cu tendințe autolitice, fobii de școală, dezadaptări școlare, reacții anormale față de examene și nu rareori sindroame discordante.

Pentru profilaxia tulburărilor psihice întîlnite la elevi și studenți, pe lîngă înlăturarea sau diminuarea factorilor de mai sus, un rol extrem de important revine orientării școlare și profesionale, în funcție de aptitudini (făcută prin metode științifice). A nu se ține cont de unele incompatibilități psihofiziologice față de școala sau profesia dorită, de părinți sau de cel în cauză, duce la eșecuri repetate, restanțe, repetenție, abandon și instabilitate profesională.

În țara noastră au fost organizate în multe centre universitare servicii de psihiatrie, psihologie și sociologie ale căror sarcini directoare se rezumă în primul rînd la diminuarea efectelor patogenice ale suprasolicitării intelectual-afective și a stressului adaptiv, manifestate prin :

astenie, oboseală, insomnie, tristețe, pesimism, anxietate, apatie, descurajare, repliere și neadaptivitate, cu toate consecințele lor negative asupra sănătății psihice și pregătirii profesionale.

Studiile epidemiologice asupra mediului de proveniență a bolnavilor psihici, au relevat faptul că în mediul urban se constată o creștere semnificativă a morbidității prin boli psihice, aproximativ proporțională cu dimensiunile aglomerării și urbanizării (cu diferite noxe și poluări secundare dezvoltării excesive tehnico-industriale) comparativ cu mediul rural. Creșterea amintită este dată în primul rînd de grupul maladiilor psihice reactive dezadaptative (nevroze, reacții psihogene, depresii, alcoolism).

Urbanizarea și în special industrializarea cu exigențele ei specific legate de calificare, program normativ de lucru, disciplină, muncă de calitate și alte solicitări ce revin din noile condiții de existență generează „stressul" ca răspuns la suprasolicitările repetate, care odată cu diminuarea forțelor psiho-bio-fiziologice duc la instalarea unei fragilități „difuze", condiții în care traumele psiho-fizice chiar de intensitate mică sau medie au un efect destul de nociv, cu variate decompensări psihopatologice.

Stressul ca factor precipitant general acționează prin intermediul determinismului polifactorial al erorilor psihice endo- sau psihogene determinînd o simptomatologie subiectivă variabilă cu tulburarea capacităților adaptative, caracteristică atît individului cît și resurselor sale în confruntarea directă cu situațiile stressante (PAYKEL, 1969 și EILSER, 1971 — Asist. Psihiatr. p. 72).

Din cele relatate se desprinde necesitatea instituirii unor măsuri de psihoigienă și psihoprofilaxie diferențiate și raportate la condițiile concrete de risc, măsuri care să ducă la diminuarea vulnerabilității și a bolilor psihice.

Alături de cele amintite o problemă de sănătate mintală extrem de importantă, generatoare de îmbolnăviri psiho-organice, cît și de alte implicații grave o constituie alcoolismul.

Amploarea și importanța acestei probleme este relevată și de faptul că în Franța, Austria și în alte țări aproximativ 1/3 din bolnavii de sex masculin internați în spitale de psihiatrie fac parte din grupa alcoolicilor, majoritatea cu diferite complicații psihotice și decompensări organice.

Cu toate studiile asupra incidenței alcoolismului, proporția consumatorilor de alcool și în special alcoolismul real rămîne încă necunoscut. Gravitatea acestui fenomen cu extindere aproape universală este apreciată deocamdată, doar prin implicațiile și consecințele medico-legale și sociale.

Cu toate că alcoolismul cronic se întîlnește mai frecvent la bărbați, în special după vîrsta de 40 de ani, tot mai frecvent apar lucrări în care se relevă o creștere a incidenței alcoolismului la femei și în rîndurile tinerilor, chiar sub vîrsta de 20 de ani.

După cercetătorii suedezi, ușurința găsirii și distribuirii băuturilor alcoolice la prețuri accesibile și în cantități exagerate, obiceiurile transmise direct sau prin diferite mijloace, adesea din interese economice, constituie doar o parte din factorii favorizanți ai alcoolismului cronic.

După unele statistici, 30—50% din infracțiuni au fost comise sub influența alcoolului.

În același timp, degradarea socio-profesională, psihică și somatică, suferințele și dezorganizarea familială, acompaniată de aberații comportamentale, indisciplină, irresponsabilitate față de obligațiile profesionale, conflicte și scandaluri, cverulență, gelozie, diminuarea treptată a randamentului în muncă și a posibilităților adaptative, fără a mai adăuga și complicațiile psihotice și organice, sînt unele din cele mai grave și complexe consecințe sociale ale alcoolismului cronic.

Majoritatea țărilor dispun de legislații care consideră alcoolismul drept boală și ca atare prevăd un tratament mai mult sau mai puțin obligatoriu al alcoolicilor, iar în Suedia sînt organizate chiar consilii locale private a căror responsabilitate prevăzută de lege se leagă de asigurarea depistării, tratării și supravegherii după dezobișnuire, putînd fi impuse și extinse aceste îngrijiri medicale pe o perioadă de cîteva luni, pînă la patru ani. Legi asemănătoare, dar cu posibilitatea extinderii tratamentului pe o perioadă de cîteva luni pînă la cîțiva ani, cu program de readaptare și obligații de a exercita o muncă remunerată (din care o parte se dă familiei alcoolicului) au intrat de mulți ani în vigoare în R.F.G., Bulgaria, Polonia, U.R.S.S., Cehoslovacia, Olanda, Danemarca, Austria și alte țări. Mai recent se extinde tot mai mult organizarea și crearea unor spitale speciale pentru readaptarea alcoolicilor. Aceste spitale plasate de obicei într-un mediu rural sau suburban, cu atmosferă de club, terenuri agricole sau sectoare de zootehnice și mai puțin de spital, dispun de ateliere în care alcoolicii desfășoară o activitate remunerată și pe cît posibil adecvată profesiei sau noii reorientări profesionale.

În repetate rînduri și mai ales atunci cînd curele de dezgust efectuate cu antabus, administrat oral sau în implant, dar cu rezultate slabe, ne-am gîndit și propunem și în prezent instituirea și în țara noastră a cîtorva unități spitalicești cu profil terapeutic de dezobișnuire față de alcool, în care pe timpul internării, bolnavii să poată desfășura o activitate remunerată, din care să-și poată ajuta familia și să-i rămînă și lui pentru rezolvarea problemelor personale. Rămîn însă multe și variate căi ce pot fi folosite în profilaxia alcoolismului, dar la realizarea acestui deziderat e necesară o participare multiinstituțională.

Depresia cu diferitele ei fenomene psihopatologice și mai ales cu preocupările autolitice constituie o problemă de mare actualitate psihiatrico-profilactică. Profilaxia în schimb devine corespunzătoare și eficientă în cazul cunoașterii exacte a cauzelor și mecanismelor determinante ale bolii, dublată de cunoașterea incidenței și a persoanelor cu risc de a prezenta boala.

Cercetările epidemiologice evidențiază faptul că stările depresive se află într-o continuă creștere, în special în mediul urban.

După estimările OMS-ului, prevalența zilnică a depresiei este de 3—5% a locuitorilor globului (prevalența zilnică înseamnă frecventivitatea unei anumite boli într-o anumită zi). Calculînd procentajul de mai sus ajungem la suma de 2 mil. oameni ce suferă de variate stări depresive.

Studiile epidemiologice efectuate de Kielholz în Elveția reliefează faptul că fiecare al 6-lea bolnav consultat de un medic este depresiv și că persoanele in-

trate în a șaptea decadă de vîrstă prezintă stări depresive în proporție de 11%. Deci comparînd această cifră cu cea a OMS-ului de 3—5% a populației totale a globului putem constata că incidența depresiei la vîrstnici este mult mai mare decît la persoanele tinere.

Strîns legat de depresie se află tentativele de sinucidere întîlnite la aproximativ 60—70% din bolnavii depresivi, iar această legătură are importanță deosebită în profilaxia sinuciderii.

Datele statistice ale OMS-ului referitoare la sinucideri și tentative de suicid înregistrează în ultimul deceniu o creștere însemnată a stărilor depresive și a sinuciderii. În acest sens evidențiem faptul că în timp ce tinerii realizează mai degrabă tentative de suicid fără urmări grave (strigăt de ajutor adresat omenirii), vîrstnicii trec la acțiuni de sinucidere mult mai grave și sigure induse de lipsa de speranță, anxietate, tristețe profundă și viitorul sumbru.

Întrucît unii autori consideră suicidul ca o manifestare psihică normală, noi considerăm că orice act suicidar implică și o perturbare a funcțiilor psihice. În acest sens putem afirma, ca și alți autori, că deși suicidul apare ca un act intenționat deliberat, dezechilibrele afectiv-instinctive prezente în toate bolile mintale sînt implicate în această conduită patologică, iar un loc important îl ocupă depresiile.

Acest lucru este confirmat și de studiile lui TABACHNICH (1970) care a stabilit că 70% din cei decedați prin suicid în ultimele 6 luni ale existenței lor, pentru diferite acuze au apelat la cel puțin un consult medical. Incidența suicidului diferă de la o țară la alta, dar din datele statistice el apare mai frecvent în Ungaria, U.S.A., și țările din nordul Europei. Din statisticile americane se detașează proporția de 10 suiciduri reușite la 100.000 de locuitori, în timp ce tentativele nereușite depășesc această proporție de 9—10 ori.

O atenție deosebită trebuie acordată celor care au comis — chiar în mod demonstrativ — o tentativă de suicid, pentru că pe lîngă riscul crescut de recidivare a acestei conduite patologice în prezența unor dificultăți nu putem prevedea și garanta nereușita sau alte implicații sechelare psiho-organice secundare.

În general, intervenția oportună și activă în criză sau în faza presuicidară are o mare importanță și eficiență terapeutică, iar în acest sens considerăm că ar fi recomandabilă instituirea și în țara noastră a unor servicii de prevenire suicidară, ca asistență a urgenței în psihiatrie.

Apariția unor depresii fără motive externe acceptabile, ne obligă să susținem ereditatea genetică a așa-ziselor depresii. Această concepție este întărită și de observațiile noastre asupra unor gemeni uni și biovulari, copii adoptați de la părinți depresivi, ca și de procentajul întîlnit în familiile cu antecedente depresive.

Pentru copiii proveniți din ambii părinți maniaco-depresivi, incidența îmbolnăvirii este de aprox. 33%, iar pentru cei cu un singur părinte maniaco-depresiv, de 15% Zubin-Rüdin (1971) au găsit o concordanță de 80% pentru gemenii uniovulari și de 36% pentru cei biovulari. Rata de concordanță întîlnită la gemenii uniovulari reprezintă, după părerea autoarei, cea mai grăitoare dovadă a teoriei ereditare a depresiilor endogene. Un argument în plus că depresiile endogene au

o predispoziție genetică îl constituie și faptul că doi gemeni univitelini crescuți în familii și în medii total diferite se îmbolnăvesc aproximativ în același timp.

Legat de influența factorilor exogeni cît și de procesele intrapsihice referitoare la apariția sau neapariția depresiei endogene, autorul de mai sus susține că „genele sînt formate pentru un anumit mediu, iar mediul influențează întotdeauna anumite gene". Deși modul de transmitere a depresiilor endogene nu este încă elucidat, cercetările recente nu au putut dovedi concepția veche legată de cromozomul X, în timp ce ele aduc argumentele în favoarea unei transmiteri poligenice.

Unii cercetători presupun că depresia este generată de lipsa sau dezechilibrul substanțelor de transmitere sau de o hiposensibilitate a receptorilor. Astfel, cuplarea dintre lipsa sau diminuarea substanțelor de transmitere și hiposensibilitatea receptorilor ar sta la baza etiopatogenetică a depresiilor endogene, în timp ce deficitul secundar unui consum excesiv al substanțelor amintite ar sta la baza genezei depresiilor psihogene.

Observațiile clinice, obținute prin administrarea de rezerpină sau amfetamine, care paralel cu reducerea simțitoare a cantității substanțelor de transmitere eliberate la terminațiile fibrelor nervoase, determină instalarea unor stări depresive, precum și rezultatele pozitive vizibile de ușurare și înveselire obținute prin administrarea intravenoasă de substanțe antidepresive, constituie argumente favorabile acestei ipoteze.

Pornind de la studiul trăsăturilor patologice și biochimice, cercetările recente prevăd posibilitatea reducerii cel puțin a incidenței unui anumit tip de stări depresive prin substituția sau compensarea diminuării sau lipsei (dobîndită sau moștenită) acestor substanțe de transmitere, fie prin administrarea lor directă sau a unor substanțe preactive ale acestora.

Referindu-ne la profilaxia depresiilor semnalăm faptul că ea are foarte multe fațete și direcții de acțiune eficiente, dar întotdeauna cînd pe parcursul existenței unui bolnav constatăm prezența unor tulburări afective sau stări depresive în toată regula, este recomandabil ca profilaxia să înceapă cu verificarea bazei genetice moștenite de la genitori. Aceste aspecte se pot realiza prin conversații dirijate cu membrii familiei, pentru ca apoi bolnavii care se știu amenințați de o boală ereditară sau trăiesc cu teamă de a suferi de o asemenea boală să li se poată da toate explicațiile în vederea lămuririi și liniștirii lor.

Al doilea punct de pornire în profilaxia bolilor psihice îl constituie sarcina și dezvoltarea ei intrauterină, fază foarte importantă, în special în apariția și evoluția ulterioară a diferitelor forme de psihogenii.

Sînt binecunoscute efectele negative produse asupra fătului de infecțiile virale, toxice, raze X, precum și a abuzurilor de alcool, nicotină, drogurilor și altele, motiv pentru care nu ne vom opri asupra lor, ci vom trece la o descriere mai detaliată a stărilor emoțional-stressante.

Suprasolicitările și tensiunile psihice ale mamei exercită o acțiune negativă asupra creierului fătului, care odată cu nașterea copilului se va manifesta prin variate tulburări psihosomatice de tip digestiv și vegetativ, hipersensibilitate psihică, crize de plîns cu țipete și hiperexcitabilitate putînd induce chiar o predispoziție spre unele maladii psihice de obicei psihogene și mai rar de tip depresiv și discordant.

Evoluția ulterioară a noului născut pe lîngă determinismul biologic depinde într-o foarte mare măsură de atmosfera familială în care va crește copilul, precum și de primele trăiri, emoții și impresii.

Dacă unele din aceste condiţii lipsesc sau sînt prezente anarhic şi disproporţionat, fiind întrerupte de stări conflictuale, acesta va prezenta mereu o serie de tulburări caracterizate prin inafectivitate, anxietate, pesimism, complexe, comportament exploziv şi chiar variate. tulburări organo-vegetative. De fapt, nervozitatea crescută, dublată de crize de plîns trenante şi tulburări gastro-intestinale se întîlnesc frecvent la copiii proveniţi din familii cu relaţii încordate sau a căror mame au avut o sarcină neliniştită, generată de tensiuni şi suprasolicitări stressante.

Iată de ce am putea spune că predispoziţia spre unele suferinţe psihice nu se află doar în zestrea genetică ci şi în starea şi atmosfera psihică a mamei în timpul sarcinii şi în relaţia dintre mamă, părinţi şi copil trăite în frageda copilărie.

Odată cu maturitatea sexuală începe şi prima perioadă biologică „critică". Aceasta este perioada în care apare discrepanţa dintre tendinţele infantile şi structura viitorului comportament sexual de adult cu evidente tendinţe spre individualizare şi independenţă, care poate contribui la declanşarea unor tulburări psihice, accentuate şi de faptul că uneori se consideră neînţeleşi prin rigiditatea atitudinilor critice a celor apropiaţi.

Deseori bolile cu debut în perioada de puberitate (schizofrenii, depresii) au o rezonanţă tensională anxioasă atît asupra întregii familii cît şi asupra puberului în cauză.

Alteori, această criză este acompaniată periodic de reacţii nevrotice cu elemente depresiv-anxioase sau fobice, tulburări neuro-vegetative şi de adaptabilitate şi chiar de riscul de a recurge la consumul de droguri sau băuturi alcoolice.

Pentru a preîntîmpina apariţia acestor fenomene psihopatologice generatoare de suferinţă, durere şi decepţii de ambele părţi (copil-părinte) este nevoie de crearea unei atmosfere armonioase şi stabile în care tînărul să se poată identifica cu unul dintre părinţi şi lămurirea continuă, cu răbdare, bunăvoinţă, toleranţă si multă înţelegere a tuturor problemelor şi conflictelor cu care se confruntă el.

Profilaxia depresiilor endogene. Introducerea de către Schon în urmă cu peste 3 decenii a sărurilor de litiu în terapia şi prevenirea unor faze depresive endogene uni- sau bipolare, a constituit un mare succes profilactic. Cercetările lui Schon dovedindu-se a fi foarte eficiente, sînt universal folosite. Ulterior printr-un tratament de lungă durată, s-a dovedit că şi unele substanţe antidepresive au efecte preventive bune, iar începînd cu cinci ani în urmă, psihiatrii japonezi au susţinut că obţin cu ajutorul carbamazepinei administrate în depresii, rezultate profilactice similare cu cele ale litiului.

Profilaxia depresiilor psihogene. Din cele enumerate se poate deduce că cel mai important lucru în prevenirea depresiilor psihogene se rezumă la : armonizarea vieţii familiale şi la locul de muncă, înlăturarea sau ameliorarea unor conflicte din timpul sarcinii, combaterea alcoolismului şi a consumului de droguri, atenuarea aşa-ziselor conflicte

dintre generații etc., ceea ce denotă că fiecare individ poate să-și aducă contribuția la realizarea acestei prevenții.

În organizarea profilaxiei depresiilor somatogene instalate pe fundalul unor suferințe organice cum sînt arterioscleroza, diferitele cardiopatii, endocrinopatii, neoplasme, boli sistemice, metabolice și altele, constatăm și o predispoziție genetică, ceea ce explică de ce nu toți subiecții cu boli asemănătoare sau chiar mai grave, nu prezintă aceleași stări depresive. Prin intrincarea elementelor factoriale endogene și exogene (maladii somatice) putem susține ideea că ele au un carcter endoreactiv și în consecință pe lîngă cele descrise în prevenirea depresiilor endogene și psihogene să mai adăugăm importanța vieții, alimentației și activității raționale și excluderea unor factori de risc cum ar fi fumatul, sedentarismul, supraalimentarea dublată de creșterea ponderală, alcoolismul, consumul abuziv de droguri.

Profilaxia bolilor psihice legate de vîrsta înaintată. Din studiile epidemiologice rezultă faptul că morbiditatea prin boli psihice prezintă un al doilea croșet important odată cu intrarea în a VI-a decadă de vîrstă a bărbaților și în a VII-a și a VIII-a a femeilor. Problematica psihiatrică mai mult sau mai puțin caracteristică celei de a treia perioade de vîrstă, se leagă cu precădere de vasculopatiile cerebrale, dar și de alte suferințe organice, și nici într-un caz de vîrsta înaintată, care nu poate fi considerată un factor patologic. Ceea ce este valabil pentru vîrstă este faptul că oamenii nu au devenit a fi mai „bătrîni" decît înainte, ci doar că din ce în ce, un număr tot mai mare de oameni (prin diminuarea mortalității infantile) ajung la o vîrstă înaintată. Ajunși la această vîrstă, însoțită treptat de modificări în structura familială de diminuarea statutului social, în această situație replierea și izolarea reprezintă evenimentele aflate la răscrucea dintre psihologic și sociologic (H. EY) ce facilitează „criza bătrîneții" și reduc tot mai mult sensul propriei vieți, reactivînd unele predispoziții care explică dealtfel și morbiditatea ridicată prin boli psihice la această categorie.

În general, prevalența reală a sindroamelor psihopatologice caracteristice acestei vîrste este dificil de calculat, dar se apreciază că aproximativ 20% din paturile spitalelor de psihiatrie sînt ocupate de bolnavi în vîrstă de peste 65 ani.

Fenomenologia psihopatologică a vîrstnicului intricată cu suferințe organice este mai largă, iar prognosticul lor mai diferențiat, depinde foarte mult de starea de sănătate somatică și în special a sistemului nervos central.

Aproximativ la 2/3 din acești bolnavi întîlnim o fenomenologie depresivă, la 1/3 delirantă și la altă 1/3 confuzivă și demențială. Deși psihopatologia diferitelor entități nosologice întîlnite la bătrîni se aseamănă în mare măsură cu cea întîlnită la adulți, la prima categorie este vorba însă de un alt conținut și profunzime, fiind legată de relații bolnăvicioase, de tristețe și anxietate, dublate de idei de persecuție și urmărire, de insuficiență, de inutilitate, de autoînvinuire, otrăvire, gelozie, în timp ce teama de moarte este rareori expusă clar.

Deci, la toate vîrstele, dar nicăieri mai mult ca în copilărie și bătrînețe, dragostea, înrădăcinarea familială, organizarea activă a timpului liber, recunoștința, ca și o viață plină de planuri de viitor ne asigură o rezistență psihică și fizică împotriva suprasolicitărilor și psihotraumelor.

De obicei cînd sîntem stressați, tensionați sau suprasolicitați de tot felul de probleme socio-familiale, profesionale sau de altă natură, e bine să încercăm a neutraliza tensiunea emoțională prin conversație, autodiscurs sau relaxare.

Toate acestea cer atît din partea noastră cît și a acelora pe care-i tratăm o atitudine pozitivă față de viață, mereu cu găsirea a noi și noi preocupări pentru viitor, o prelucrare intelectuală și afectivă a tensiunilor emoționale și agresive, toleranță, umanism, bunăvoință și înțelegere.

În etapa actuală psihoprofilaxia prin consecvența țelurilor, amploarea planurilor cît și prin încercarea de a găsi noi căi alături de cele cunoscute produce o mutație de la asistența psihiatrică, la asistența psihică de prevenție. Dacă pînă în deceniul al cincilea al secolului nostru, asistența psihiatrică se realiza într-un singur sistem, spitalul de psihiatrie, actualmente prevenția cu variatele ei forme realizează reducerea și îmbunătățirea asistenței psihiatrice.

Bibliografia la autori.

SOME PROPHILACTIC ASPECTS OF TODAY'S PSYCHIATRIC CARE

Summary

Having as a starting point the continuous change of epidemiological data and clinical picture of psychiatric illness in our days, the author discusses the vast problem of prophilaxy, aiming at modifying the general attitudes in the way of forming a homogenous, clearcut point of wiew in the medical staff's practice.

In order to elaborate and resolve this question, the author looks for new elements extracted from the area of tangent disciplines (i.e. sociology, ergonomy, ecology, genetics, biology), and uses the data from psychiatric literature.

We conclude with a quotation from this work: „If, until the half of our century, the psychiatric care was carried out in a single system, i.e. the psychiatry hospitals, today, the prevention with its multitude of forms conducts to a decrease as well as a better psychiatric care delivery.

CENTRUL DE SĂNĂTATE MINTALĂ — CADRU ORGANIZATORIC ŞI FUNCŢIONAL ÎN ASISTENŢA PSIHIATRICĂ MODERNĂ

C. Gorgos, Fl. Tudose, Gh. Litinschi

Centrul de Sănătate Mintală Titan — Bucureşti
Ministerul Sănătăţii

PROGRESUL URIAŞ ŞI INCONTESTABIL FĂCUT DE PSIHIATRIA ultimelor decenii a însemnat nu numai un proces de delimitare şi circumscriere în găsirea unui limbaj şi a unei metodologii proprii dar şi o deschidere majoră pentru problemele comunităţii avînd drept impact esenţial tendinţa la schimbarea mentalităţii asupra bolii psihice.

Particularităţile bolii psihice au făcut ca ea să figureze printre problemele prioritare sănătăţii publice. Le vom aminti întrucît ele sînt strîns legate de însăşi construcţia unei infrastructuri organizatorice care să se poată articula funcţional şi să răspundă deziderateloi majore de intervenţie eficientă :

— incidenţa crescută dublată de o ridicată prevalenţă ;

— cronicitatea unui important număr de boli psihice şi capacitatea ei invalidantă ;

— existenţa în colectivitate a unor tulburări psihice izolate cu potenţial evolutiv către boala psihică ;

— evoluţia îndelungată a bolii psihice cu implicarea negativă directă sau indirectă a individului şi familiei sale ;

— afectarea grupelor tinere şi a copiilor urmată de creşterea contingentului de deficienţi/dependenţi ;

— problema ITM care situează bolile psihice în toate ţările lumii în prima grupă de morbiditate cu ITM ;

— eforturile recuperatorii îndelungate şi dificile ;

— tensionarea colectivităţii de către bolnavul psihic ;

— costul ridicat individual şi comunitar al bolii psihice ;

— neacceptarea bolii de către bolnav ;

— implicaţiile medico-judiciare.

În aceste condiţii general valabile istoric în ceea ce priveşte boala psihică situaţiile sistemului medical au variat de la etapă la etapă într-o strînsă legătură cu cel puţin trei factori majori :

— progresul terapeutic ;
— modelul socio-comunitar ;
— factori economici.

Nu vom intra în analiza detaliată a tuturor acestor factori, cu alte ocazii am realizat acest demers critic, ci doar vom puncta această tendință generală a întregii medicini de înțelegere nu numai a patologiei sub raport bio-psiho-social deci ca întreg și indivizibil ci și a actului medical și recuperator pentru bolnavul văzut ca unitate funcțională și operațională în cadrul ansamblului comunitar. O astfel de abordare are consecințe practice întrucît vom găsi în esența ei și motivațiile pentru care nu a mai fost acceptat la un moment dat un model instituțional.

Sistemul azilar care a fost instituit după revoluția pineliană a răspuns bine etapei prekraepeliene cînd, deși s-a făcut dovada că bolnavul nu trebuie să stea în lanțuri, nu se putea stabili cu exactitate unde trebuie să stea. Terapiile biologice au fost cele care au provocat fisuri adînci zidului azilar spulberînd mitul incurabilității bolilor psihice deschizînd nu numai poarta etiologică și etiopatogenică, ci și pe cea a spitalului care nu mai era evident un drum cu sens unic.

Revoluția terapiei biologice, ca și a terapiilor „de șoc", în ciuda eficacității lor au zguduit conștiința publică. Din păcate soluțiile „de șoc" au devenit un loc comun în societatea deceniilor patru și cinci zguduind întreaga planetă și constituind un obstacol psihologic care va fi cu greu trecut în anii postbelici.

Totuși ultima poartă, și cea mai bine zăvorîtă, aceea a conștiinței comunitare va fi deschisă indirect tot datorită progresului extraordinar a terapiilor biologice concretizat prin sintetizarea tripticului neuroleptice-antidepresive-anxiolitice care a redat dimensiunea reală de boală, ca oricare alta, bolii psihice. Extramuros nu a fost însă așa cum pare numai opțiunea psihiatriei, ci întreaga medicină s-a deplasat în ultimele decenii în afara spitalului. Relația modernă a trinomului boală-medic-bolnav, generată de mutațiile practicii medicale, fac ca medicina să fie azi tot mai socială desfășurîndu-se acolo unde omul muncește și trăiește.

Orientarea pregnantă către ambulator în care se desfășoară peste 80% din actele terapeutice ale psihiatriei au necesitat găsirea unor formule de optimizare ale acestora. Cu toate acestea, ambulatorul singur chiar în formula lui cea mai dezvoltată — Laboratorul de sănătate mintală — nu poate răspunde tuturor cerințelor comunității pe care o deservește chiar dacă își îndeplinește la parametrii cei mai înalți funcția de dublu filtru activ în orientarea bolnavului psihic. Experiența unor țări cu bogată tradiție ca Uniunea Sovietică, Statele Unite, Anglia, Franța (cine poate uita „arondismentul 13" și nașterea psihiatriei de sector) au făcut ca discuțiile să treacă de la aspectul lor evaluator și

critic la cel praxiologic, la instituirea unei viziuni sistemice moderne și operaționale în asigurarea asistenței de specialitate.

Centrul de sănătate mintală se desprinde de acest context ca un model complex și multifuncțional cu activitate predominent extraspitalicească avînd autonomie și mare flexibilitate în ceea ce privește canalele de comunicare. Locul Centrului în sistemul instituțiilor medicale angajate în combaterea bolilor psihice este prezentat în tabelul următor (tab. 1).

TABELUL 1

INSTITUȚII MEDICALE ANGAJATE ÎN COMBATEREA BOLILOR PSIHICE

SPITALIZARE TOTALĂ	SPITALIZARE PARȚIALĂ
Spitalul	Spital de zi
Secție de psihiatrie	Spital de noapte
Unități postcură	Alte unități
AMBULATORII	COMPLEXE MULTIFUNCȚIONALE
L.S.M.	Centrul de sănătate mintală
Cabinet psihiatrie	
Dispensar M.G.	

Organizarea Centrului de sănătate mintală este complexă, el putînd cuprinde următoarele formațiuni complete :

— Laboratorul de sănătate mintală (1—3 laboratoare după numărul membrilor comunității) ;

— Staționar de zi (cu 100—200 locuri după numărul LSM-urilor arondate) ;

— Staționar cu paturi (cca. 25% din numărul de locuri al staționarului de zi) ;

— Serviciul relații sociale.

Desigur dimensiunile acestei structuri se pot modela după nevoile comunității, experiența noastră arătînd o funcționare optimală la o populație de 500 000 de locuitori a unui staționar de zi cu 200 de locuri și 50 de paturi. La aceste dimensiuni C.S.M. Titan a reușit o rezolvare a cca. 8 000 de internări pe an, cca. 100 000 de consultații și 2 500 de dispensarizări anuale.

Totodată studii ale OMS arată că la populații mai mici de 100 000 de locuitori și la un număr mai mic de 80 de locuri staționar de zi, formațiunea își „pierde viabilitatea.

Încadrarea complexă cu specialiști și buna organizare a compartimentului social crează posibilitatea rezolvării majorității problemelor care i se prezintă, precum numeroasele exigențe privind recuperarea, combaterea și prevenirea bolilor psihice pe care comunitatea i le pune în față. (tab. 2).

Acest lucru ar fi cu neputință fără asigurarea unui sistem de legături operaționale eficiente în permanență libere care să realizeze o bună ghidare a bolnavului cu o cît mai restrînsă desprindere din mediul său socio-profesional și familial.

Un astfel de sistem de legături în majoritate biunivoce determină posibilitatea unei atitudini responsabile și active, din punct de vedere medical constituind însăși rațiunea de ființare a Centrului de sănătate. (tab. 3).

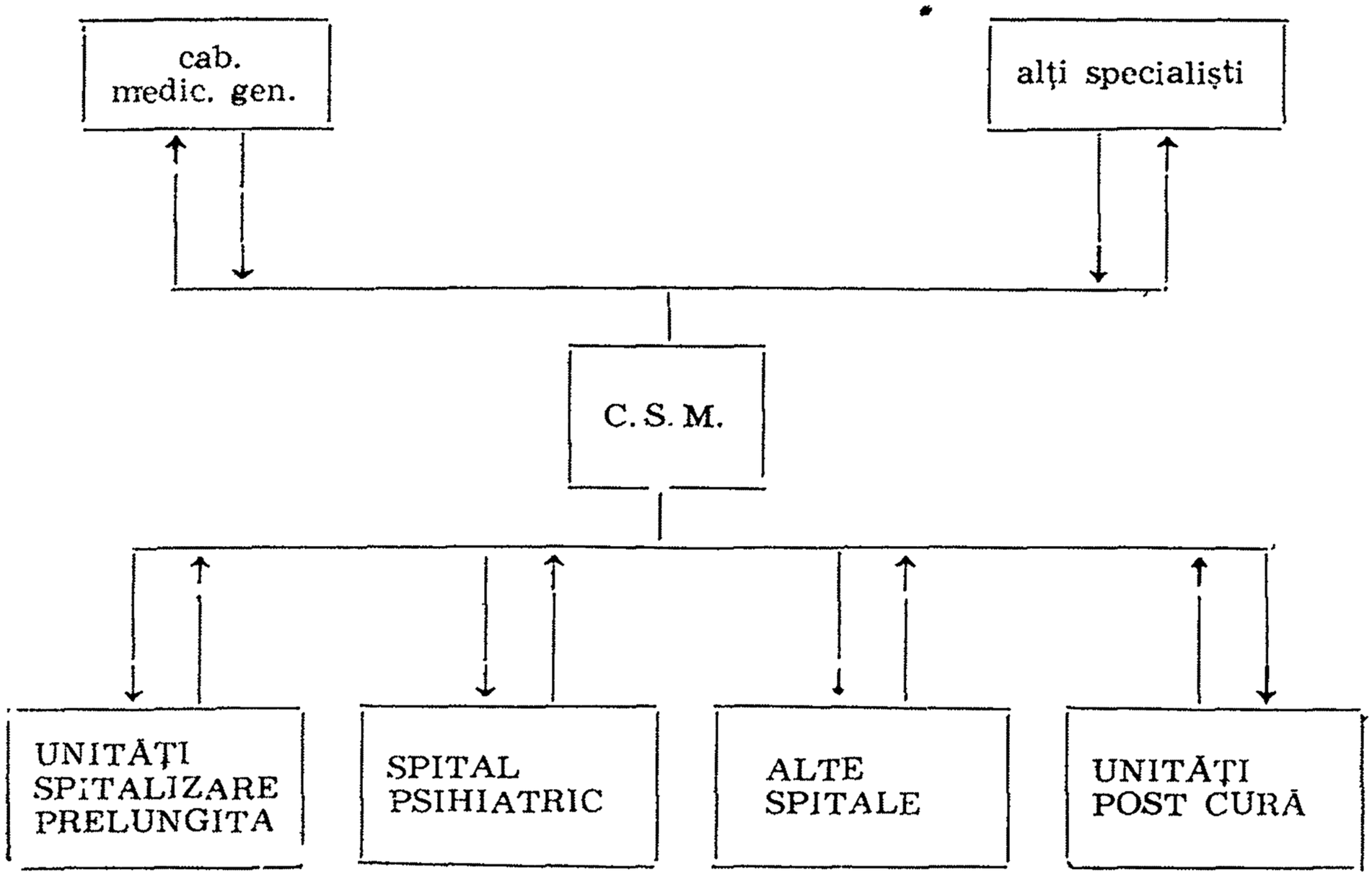
TABELUL 2

STRUCTURA ORGANIZATORICĂ A CENTRULUI DE SĂNĂTATE MINTALĂ

<table>
<tr><td>L.S.M.</td><td colspan="2">L.S.M.</td><td colspan="2">L.S.M.</td><td colspan="2">L.S.M.</td></tr>
<tr><td rowspan="5">STAȚIONAR DE ZI</td><td>Psiholog</td><td>Sociolog
As. social</td><td>Jurist</td><td>Prof. sport</td><td colspan="2">Alți specialiști
Medic laborator | Medic internist</td></tr>
<tr><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">Cabinet specialist</td><td colspan="2">Cabinet specialist</td><td colspan="2">Cabinet specialist | Cabinet specialist</td></tr>
<tr><td colspan="2">Cabinet specialist</td><td colspan="2">Cabinet specialist</td><td colspan="2">Cabinet specialist | Cabinet specialist</td></tr>
<tr><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">SECȚIE CU PATURI</td><td colspan="6">SECȚIE CU PATURI</td></tr>
<tr><td colspan="2">Bolnavi psihosomatici</td><td colspan="2">Bolnavi care necesită scoaterea temporară din mediu</td><td colspan="2">Bolnavi care au nevoie de o perioadă scurtă de internare</td></tr>
</table>

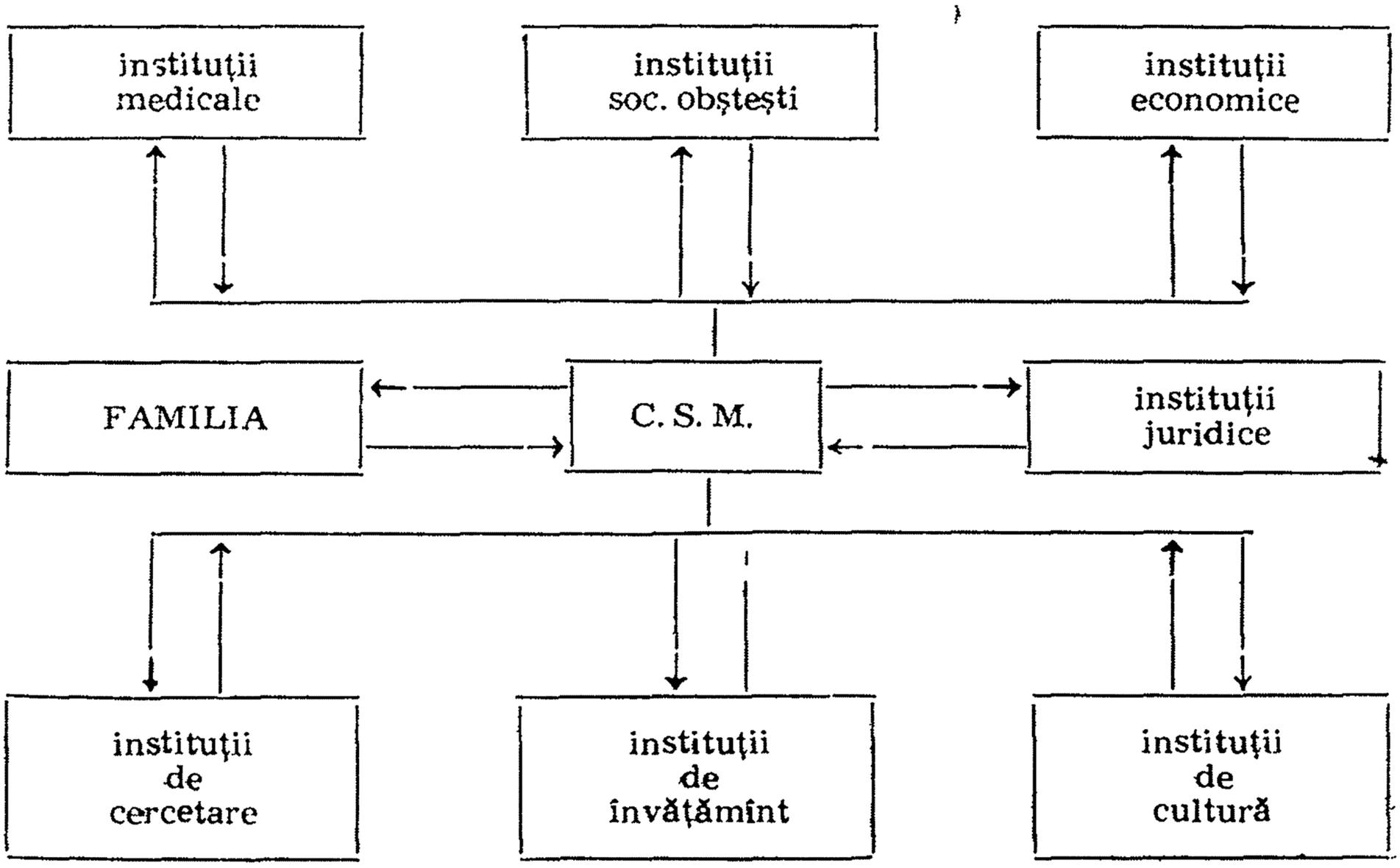
TABELUL 3

LEGĂTURILE FUNCȚIONALE ALE CENTRULUI DE SĂNĂTATE MINTALĂ



TABELUL 4

TIPURI DE INSTITUȚII CU CARE C.S.M. INTRĂ ÎN CONTACT



Acesta însă trebuie să-şi dezvolte în permanenţă şi un alt tip de legături care nu numai că vor feri instituţia de marginalizare şi îngustare a problematicii dar implică şi o sensibilizare a psihiatricului la schimbările şi evoluţia ce intervine în comunitate, este vorba de legăturile cu alte instituţii comunitare. (tab. 4).

Sănătatea mintală în cadrul sănătăţii comunitare joacă un rol central şi de o deosebită importanţă în epoca pe care o trăim, iar Centrul de sănătate mintală trebuie să fie garantul medical al acestcia, punctul de referinţă şi sprijin al comunităţii dispuse să-şi rezolve o problemă de maxim interes.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Angheluţă V., Nica-Udangiu St., Nica-Udangiu Lidia : *Psihiatrie epidemiologică*, Edit. Medicală, Bucureşti, 1984.
2. Aujaleu E. : *Future organisation of medical practice in Europa*, European Public Health Strasbourg, 1973.
3. Brânzei P. şi colab. : Rev. Neurol. şi Psih., t. 2, pp. 107—117. 1973.
4. Caplan G. : *Principle of preventive psychiatrie*, Basic Book in N.Y., 1974.
5. Coroi V., Gorgos C. : *Medicina socială*, E.D.P., Bucureşti, 1980.
6. Cucu I. : *Psihiatrie socială*, Edit. Litera, Bucureşti, 1983.
7. Edwards D. W., Tupin I. P. : Ann. med. psych., nr. 1—2, Paris, 1979
8. Enăchescu C. : *Igiena mentală şi recuperarea bolnavilor psihici*, Edit. Medicală, Bucureşti, 1979.
9. Gorgos C., Tudose C., Tudose F., Antonescu-Botezat I., Antonescu-Botezat L. : *Vademecum în psihiatrie*, Edit. Medicală, Bucureşti, 1985.
10. Mahler H. : Chronique OMS 30, Geneve, 1976 1976.
11. Pecle R. : Ann. med. psych. t. 137, nr. 1—2, Paris, 1979.
12. Pichot P. : *Un siècle de psychiatrie*, Edit. Decosta, Paris, 1983.
13. Predescu V., Niţurad A., Oancea C., Gorgos C. : Igiena nr. 6, 1974
14. Predescu V. : *Psihiatrie clinică*, Edit. Medicală, Bucureşti, 1976.
15. ★ ★ ★ : *Les services de santé en Europe* (raport OMS) Copenhague, 1974.

MENTAL HEALTH CENTRE — ORGANIZATION AND FUNCTIONAL SYSTEM IN MODERN PSYCHIATRIC CARE DELIVERY

Summary

Taking into account the experimental data acquired in „Titan" Mental Health Centre, the authors establish the organization and functional pattern of this modern type of psychiatric care. Ensuring an efficient solving of the community mental health matters, this centre elaborates a series of horizontal and vertical connections functionally analysed.

PSIHIATRIA ACTUALĂ, ÎNTRE CRITERIOLOGIE ŞI CONŞTIINŢĂ MORALĂ

M. Lăzărescu

Institutul de Medicină Timişoara
Clinica de Psihiatrie

UNA DIN MARILE PROBLEME ALE PSIHIATRIEI ACTUALE ESTE cea a „definirii cazului“ (1). Pentru aceasta se consideră necesare : 1) circumscrierea explicită a criteriilor normalităţii, anormalităţii şi bolii psihice ; 2) circumscrierea tipurilor de cadre nosologice admise, denumirea, definirea, descrierea şi cuprinderea lor într-un sistem nosologico-nosografic admis ; 3) stabilirea unor criterii explicite, clare şi univoce de includere şi excludere a unui caz dat într-un cadru nosologic definit ; 4) prezenţa unei liste cît mai complete de simptome psihopatologice şi concepte etiopatogenetice, definite clar, explicit şi univoc, „operaţional“ ; 5) prezenţa unor metode definite şi relativ standardizate de culegere a informaţiilor, incluzînd uneori interviuri structurate, scale de evaluare şi auto-evaluare, probe psihologice etc. ; 6) utilizarea examenelor biologice şi a oricărei informaţii necesare etc. Odată avute la dispoziţie cele menţionate mai sus, urmează un proces de judecare diagnostică pe baza informaţiilor deţinute privitoare la o persoană dată ; 7) redactarea sintetică a acestor informaţii într-un protocol mai mult sau mai puţin detaliat şi interpretat şi 9) formularea unui diagnostic, mai mult sau mai puţin explicit şi argumentat, prezentat concis sau desfăşurat, eventual pe axe. Aceste eforturi, care par unora preţioase, au devenit necesare pentru ca identificarea unui caz de patologie psihiatrică într-un loc al lumii, să poată fi comparat cu un altul, identificat în alt loc al lumii, în ceea ce priveşte afectele epidemiologice, clinice (etiologico-evolutive) şi privitor la rezultatele terapeutice.

În cele ce urmează vom prezenta cîteva comentarii pe marginea acestei probleme a cazului identificat, menţionînd în prealabil faptul că am realizat la Timişoara versiuni româneşti pentru următoarele instrumente de lucru : 1) Listele cadrelor nosologice, cu denumirea şi circumscrierea lor, prezente în C.I.B. (Clasificarea internaţională a bolilor), în varianta franceză a lui Bobon şi în varianta americană de tranziţie dintre C.I.B. şi D.S.M.-III. 2) Sistemul american D.M.S.-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1980). 3) Sistemul de clasificare şi diagnostic vienez al lui Berner (Berner P., Psichiatrische Systematic, Wien, 1980). 4) Criteriile de diagnostic ale şcolii din St. Louis (Feighner, Robins, Guze şi colab., Diagnostic criteria for use in Psychiatric Research, Arch. Gen. Psychiat., 1972, 26, 57—63). 5) Sistemul de interviu structurat P.S.E. (Wing-Cooper-Sartorius, The description and clasification of Psychiatric Simptoms : An instruc-

tion manual for the PSE an CATEGO system, London, Cambridge Univ. Press, 1974). 6) Sistemul de interviu structurat R.D.S.-S.A.D.S. (Spitzer-Endicott : The Shedule for Affective Disorders and Schizophrenia, New York, 1977). 7) Interviul structurat Iowa (Ming. T. Tsuang, „The Iowa structured psychiatric interview, Acta Psychiat. Scand., 1978, suppl. 271). 8) Scala C.R.P.S. (Anberg, M., „A Comprehensive psychopathological rating scale", Acta Psychiat. Scand., 1978, suppl. 271). 9) Sistemul european de foaie de observaţie standardizată A.M.D.P. (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Documentation in der Psychiatrie, Heidelberg, Springer Verlag, 1981). 10) Listele integrate de criterii de evaluare taxinomică pentru psihoze (L.I.C.E.T.-S şi D) redactate în Franţa de Pull şi Pichot. 11) Diverse scale de evaluare şi autoevaluare cum ar fi cele ale lui Katz, Wittenborn (WITT) Hamilton (HAMD), Beck (BDI), Zung (ZDSI) Overal etc.

Pentru realizarea versiunii româneşti s-a folosit, ori de cîte ori a fost posibil, pe lîngă versiunea în limba originală şi o traducere într-o altă limbă de circulaţie universală.

Familiarizîndu-ne cu toate aceste instrumente de lucru şi utilizîndu-le, nu am ignorat nici o clipă tradiţia clinicii şi psihopatologiei europene şi româneşti. Ne permitem în continuare cîteva comentarii.

Identificarea cazului efectuată prin instrumentele de lucru standardizate este — după cum este şi firesc — fragmentară, abordînd realizarea persoanei bolnave psihic doar dintr-o incidenţă circumscrisă, e drept, cu o importantă creştere a validităţii ori a fidelităţii diagnostice. În istoria psihiatriei şi a psihopatologiei — ca de altfel a întregii medicini şi a întregii ştiinţe, dar poate într-un mod mai special — *cazul* a jucat întotdeauna un rol de frunte. Constituirea cadrelor nosologice ale psihiatriei kraepeliniene şi ulterior a celei a „micii psihiatrii", a avut în permanenţă în spate o uriaşă cazuistică, prezentată, comentată, analizată de clinicieni şi psihopatologi. Într-un fel, s-ar putea spune că un cadru nosologic nu este altceva decît un „caz-robot" şi, pînă la un punct, un „caz-şcoală". Colecţia de cazuri continuă şi azi să joace un rol în forjarea nosologiei psihiatrice. Menţionăm, în trecere, încercarea lui Nyeman asupra „schizofreniei nonregresive" (2) sau însuşi volumul de cazuri exemplare care dublează D.S.M.-III (3).

Dar nu trebuie uitat că prezentarea unui caz psihiatric este o minibiografie şi o minipsihopatologie. Standardizarea sa efectuată de ex. în A.M.D.P. este utilă, dar pretinde — tocmai în replică şi complementare — prezenţa unor multiple patografii interpretate şi analizate. O biografie nu e însă posibilă fără o referire — implicită sau explicită — la individul uman înţeles ca persoană conştientă şi morală. La nivelul la care identificarea cazului are importanţă doar pentru statistică, această problemă poate rămîne temporar în ocultaţie, dar ea nu poate fi ignorată într-o psihiatrie desfăşurată.

În al doilea rînd nu trebuie uitat că psihiatria clinică nu e posibilă fără de psihopatologie. În psihopatologie cazul joacă de asemenea un rol esenţial. Toate teoriile şi doctrinele psihopatologice au apelat la prezentarea analitică de caz, pentru a demonstra şi argumenta ceea ce ar urma să spună şi pentru a se impune. Aşa s-ar petrece lucrurile în psihanaliză, în psihopatologiile de inspiraţie fenomenologică, precum şi în psihopatologia clinică. Ultima, între Jaspers (4) şi Schaffterer (5), s-a bazat şi ea în permanenţă pe cazuistică. Doar că, dacă la Jaspers problema persoanei

și a constanței sale valorice era un ax de referință, la recentul autor elvețian, fără ca această problemă să fie ignorată, ea este subsumată interesului pentru furnizarea unor date cît mai clare în vederea identificării unor simptome standardizabile. Clinica psihiatrică actuală a pierdut ceva din referința sa inițială și definitorie la psihopatologia generală, înțeleasă ca încercare de descifrare a omului aflat în situația limită a minusului și dezorganizării psihismului său conștient. După H. Ey (6) nu s-a mai întreprins nici o încercare de a se organiza nosologia psihiatrică după liniile de forță ale unei concepții antropologico-psihopatologice, de unde și actuala fărîmițare a problematicii cazului și nosologiei, alunecare — extrem de utilă dar prea accentuată — spre psihiatria biologică și ieșirea din uzul psihiatrilor a conceptului de conștiință morală. Desigur, la aceasta au contribuit și marile doctrine psihopatologice, cea psihanalitică implicînd conștiința morală doar în planul său inferior constituit de Supraeu iar cea de inspirație fenomenologică topind-o în diverse moduri ale subiectului de „a-fi-în-lume". În sfîrșit, psihopatologii clinicieni și terapeuți, care încă pun accent pe conștiința morală (ca Frankett), sînt marcați de ideologia creștină pentru a se putea impune în plan internațional.

E de așteptat și de dorit ca perfecționarea criteriologiei și cuantificării în psihiatria clinică să se reîntîlnească cu doctrine psihopatologice integratoare care să se bazeze pe înțelegerea persoanei umane ca ființă morală.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Wing, J. K. : Psychol. med., 1980, nr. 10, pp. 5—10.
2. Nyman, G. B., Nyman, A. K., Nylander, B. I. : Acta Psychiat, nr. 57, suppl.
3. Spitzer, R. : *D.S.M.-III, Case Book,* Edit. Am. Psych. Ass., 1981.
4. Jaspers, K., *Allgemeine Psychopathologie,* (7 Auflage), Heidelberg, Springer Verlag, 1959.
5. Schafetter, Ch. : *General psychopatology,* Cambridge Univ. Press, 1980.
6. Ep, H., Bernard, P., Briset, Ch. : *Manuel de psychiatrie,* Masson, Paris, 1978.
7. Frankl, V. E. : *Theorie und Therapie der Neurosen,* E. Reinhard Verly, Münich/Basel, 1970.

ACTUAL PSYCHIATRY BETWEEN CRITERIA AND MORAL CONSCIOUSNESS

Summary

The author presents the actual problems of the „case identification" and the main work instruments ; he achieved and used a Romanian version of these instruments. He presents the role of the case report and analyses — understood like a mini-biography of the conscious person — in building and emphasis clinical psychiatry and psychopathology. He emphasises the present and the future importance of the general psychopathology in psychiatry ; this must be understood as an interpretation of limit-situation, failure and disorganisation, in the moral and conscious person.

OBIECTIVE ŞI MIJLOACE ÎN ASISTENŢA PSIHIATRICĂ ACTUALĂ

Gh. Grecu, M. Ardelean, Marieta Grecu

Institutul de Medicină și Farmâcie — Tg. Mureș.
Clinica de Psihiatrie

LUCRAREA ÎŞI PROPUNE O EVALUARE A CONDUITELOR ACtuale de asistenţă psihiatrică a bolnavilor psihici.

Este ceea ce o constituie profilaxia secundară și terțiară în cadrul asistenţei psihiatrice moderne. Profilaxia secundară se realizează printr-un ansamblu de acţiuni care au drept obiective atenuarea sau înlăturarea bolii psihice instalate. Această profilaxie secundară este realizată pe două căi, adică depistarea precoce și instituirea unui tratament individualizat la fel de precoce. Atît depistarea cît și tratarea au o strînsă legătură cu gradul de cunoștințe și experienţe profesionale.

Depistarea bolnavilor psihici depinde în mare măsură și de informarea pe care o are populaţia faţă de aceste maladii, posibilitatea și accesibilitatea populaţiei de a apela la instituţiile de asistenţă psihiatrică cît și de alte aspecte organizatorice și funcţionale. Mai persistă încă teama faţă de boala psihică cît și atitudinea de rejecţie a bolnavului psihic, care determină rezerve din partea populaţiei faţă de unităţile de asistenţă psihiatrică.

În acest context, medicilor generaliști, pediatrilor și de alte specialităţi le revine un rol extrem de important în depistarea bolilor psihice și orientarea bolnavilor cît mai din timp spre o asistenţă psihiatrică calificată.

Tot mai frecvent se semnalează în literatura de specialitate că aproximativ 30 și chiar peste 30% din bolnavii consultaţi de un medic generalist ar reprezenta bolnavi cu diferite manifestări psiho-patologice.

Nu trebuie uitat că stabilirea diagnosticului psihiatric se face în cadrul întîlnirii a doi oameni sau mai mulţi, dintre care unul este bolnavul, dar care sînt mult mai apropiaţi între ei decît în cazul diagnosticului medical, în urma analizei și evaluării structurii personalităţii în ansamblul ei, cu toate datele anamnestice și situaţiile în care a apărut maladia.

În general eficienţa asistenţei psihiatrice este determinată de următorii factori :

— sistemul organizatoric și funcțional al rețelei de psihiatrie ambulatorii, semiambulatorii și spitalicești ;

— numărul de paturi și capacitatea serviciilor de psihiatrie.

— procedeele și mijloacele terapeutice.

Revenind la primul factor, nu ne vom referi prea mult asupra cabinetului de psihiatrie din cadrul policlinicii, care devenise nesatisfăcător datorită slabei posibilități de intervenție în ambianța bolnavului și adresabilității scăzute a populației, motive pentru care începînd cu anul 1972 în țara noastră au fost organizate sub denumirea de L.S.M. după modelul celor existente în alte țări (Olanda, S.U.A., URSS ș.a.).

O altă achiziție de asistență psihiatrică, fără scoaterea bolnavului din mediul familial și activitate pentru bolnavii nepsihotici, dar care necesită un tratament supravegheat și mai activ îl constituie staționarele sau așa-zisele „spitale de zi“ și „spitale de noapte“ în care după cum se vede se îmbină metodele terapeutice ambulatorii cu cele spitalicești. Aceste unități constituie o importantă verigă intermediară modernă și eficientă între laboratorul de sănătate mintală și spitalul de psihiatrie. În procesul terapeutic realizat în cadrul acestei unități semiambulatorii intervine în mod pozitiv familia și anturajul bolnavului de care el nu se află separat.

Deci spitalul de psihiatrie trebuia adus la nivelul progresului social și medical prezentînd astfel o atmosferă de asistență terapeutică și reabilitare eficientă. A doua idee, pornind de la dorința motivată de necesitatea înlăturării sentimentului de stigmatizare și discriminare, recomandă organizarea unor secții de psihiatrie chiar în cadrul spitalelor generale.

Al treilea principiu era direcționat spre înlăturarea modelului de spital cu uși închise și instruirea unei asistențe spitalicești în cadrul unui regim (sistem) cu „uși deschise“.

Pornind de la observațiile eficienței spitalelor cu 1000 și peste 1000 de paturi, specialiștii și experții O.M.S.-ului au ajuns la concluzia degajată în al 4-lea principiu că cele mai eficiente unități de psihiatrie sînt cele cu un număr cuprins între 300—500 paturi pentru adulți și de 50—70 paturi pentru copii și că pentru fiecare pat ar fi nevoie de 1000 m^2 teren pentru activități recreative, sport, plimbări, ergoterapie.

Al cincilea principiu se referă la arhitectonia și topografia construcțiilor spitalelor, secțiilor sau instituțiilor de psihiatrie, care ar trebui realizat sub aspect de pavilioane cu maximum un etaj și 30—50 paturi amplasate în locuri pitorești cu orizonturi largi și cît mai la distanță de eventualele surse de poluare. Spre deosebire de spitalele generale în care spațiul acordat pentru paturi reprezintă aproximativ 50% din suprafața construită, în spitalele de psihiatrie această suprafață trebuie să se rezume doar la 35—40% iar restul suprafeței și spațiului să fie afectat pentru diverse activități terapeutice, laborator de psihoteste, săli de fizioterapie, gimnastică. Din studiile sociologice ale instituțiilor de psihiatrie rezultă că activitatea constituie cheia succesului terapeutic și că

cel mai feroce dușman, în special al celui de psihiatrie este inactivitatea și pasivitatea.

Asigurarea unei asistențe psihiatrice prompte și eficiente depinde în cea mai mare măsură pe lîngă condițiile amintite și de personalul specializat și conștient de misiunea lui, capabil nu numai să supravegheze bolnavii ci să-i și antreneze în complexul proces de terapie psihiatrică modernă.

În cadrul acestui proces fiecare cadru sanitar trebuie să aibă un rol bine definit încă din primele momente ale intrării bolnavului în spital și pînă la externarea lui, urmărind astfel vindecarea și reabilitarea psiho-socială a bolnavilor.

Considerăm că ar fi eficientă reluarea pregătirii cadrelor cu profil de asistență socială care a fost întrerupt în 1968 și aceasta cu atît mai mult cu cît necesitatea lor se face simțită în toate unitățile de psihiatrie.

Pe lîngă cele amintite, specialiștii spitalelor de psihiatrie trebuie să fie capabili să dispună de toate mijloacele terapeutice biologic-active, chimio-terapeutice, socioterapeutice, ocupaționale ș.a. Introducerea neurolepticelor (a sărurilor de litiu, 1949 și clorpromazinei, 1952) în terapia bolnavilor psihici a constituit cea de a treia etapă în revoluția modernizării asistenței psihiatrice. Mai recent o nouă etapă revoluționară în asistența psihiatrică o constituie realizarea preparatelor de neuroleptice depôt, adică cele cu absorbție lentă care se administrează injectabil la 3—4 săptămîni, cît și a celor ce se administrează într-o priză zilnică mică pe cale orală (fluanxol, moditen, modecat, prolixin, ludioni, 75 mg. antidepresiv ș.a.).

De fapt pe lîngă variatele modalități terapeutice, însăși atmosfera calmă, mediul ambiant umanizat și cît mai apropiat de o existență normală, atitudinea binevoitoare și înțelegătoare a personalului constituie deja un act psihoterapeutic de primă importanță și eficiență care duce la destinderea, relaxarea și încrederea bolnavului în personal și instituția în care se află.

Astfel, în timp ce tratamentul spitalicesc tinde spre combaterea procesului psiho-patologic primar al îmbolnăvirii, profilaxia terțiară se focalizează pe stimularea inițiativei, spontaneității, responsabilității, utilității și a dezvoltării deprinderilor ce pot compensa unele defecte funcțional-reziduale și în special pe prevenția recidivelor. Deci prevenția terțiară constituie un proces complex prin care se urmărește ca bolnavii psihici cu un oarecare grad de incapacitate să devină capabili pentru a-și utiliza cît mai bine capacitățile restante, într-un mediu ambiant pe cît posibil normal.

Această perioadă de prevenție terțiară poate fi mai extinsă în timp decît însăși spitalizarea, dar în cazul în care nu se includ unele procedee terapeutice în care să fie antrenată și familia și anturajul socio-profesional, defectele se pot accentua reducînd în același timp și posibilitățile adaptative ale bolnavului.

Odată cu externarea, chimioterapia rămîne pe un plan secund, rolul principal revenind familiei și mediului socio-profesional în cadrul cărora

prin antrenarea bolnavilor în diverse activități se stimulează capacitățile restante împiedicîndu-se totodată destructurările psihice secundare.

În acest context, ergoterapia ca metodă activă contribuie din plin atît la ameliorarea stării fizice și psihice a bolnavilor cît și la corijarea unor deficiențe funcționale, dezvoltîndu-se concomitent posibilitățile de adaptare eficientă, conștientă, responsabilă și demnă într-o existență socială apropiată sau perfect normală.

Așa cum spune H. EY, singurul criteriu valabil în aprecierea valorii ergoterapiei este efectul pe care-l are asupra bolnavului, iar primele preocupări rămîn să fie dirijate spre redobîndirea elementelor obișnuite de igienă personală, după care conștientizarea și stereotipizarea impulsiunilor de mișcare ordonată în vederea realizării unei acțiuni utile și în cele din urmă dezvoltarea inițiativei, sentimentului de utilitate și de necesitate, de a deveni un om util propriei lui persoane și celor din jur, asigurîndu-și astfel independența, demnitatea și respectul celorlalți.

Cu toate măsurile terapeutice, în unele cazuri e nevoie de realizarea unei orientări sau reorientări profesionale.

Desigur stimularea inițiativei, spontaneității, dorinței de muncă, de demnitate și de respectul societății sînt elemente de mare importanță în această reorientare sau orientare profesională. Cu toate acestea nu toți bolnavii pot să fie integrați de la început într-o activitate organizată, motiv pentru care e necesară organizarea unor ateliere de muncă protejate și adecvate posibilității bolnavului.

Handicapatului psihic i se pot acorda și recomanda un program redus de muncă, locul de muncă fără suprasolicitări, desfășurarea activității în ateliere protejate, cooperative de invalizi sau chiar la domiciliu, iar retribuirea să se facă în raport proporțional cu randamentul muncii sale.

Desigur aceste norme ar trebui reglementate prin legi adecvate.

Pe lîngă cele de mai sus există o categorie de bolnavi psihici care prin tulburările lor grave impulsiv-agresive, halucinator-delirante sau de altă natură prezintă un risc ridicat de periculozitate pentru societate și pentru ei înșiși. Actualmente în aproximativ toate țările lumii se constată o îmbunătățire a legislației referitoare la bolnavii psihici, cărora așa cum recomandă OMS urmează să li se asigure în cel mai scurt timp un tratament adecvat de specialitate. În general, periculozitatea bolnavului psihic nu trebuie susținută aprioric ci doar aposteriori, dar și în acest caz nu ca un „modus vivendi“ al bolnavului, ci ca rezultat al codeterminismului socio-familial, fiind certificate numai pe baza unei expertize psihiatrico-legale.

Cele de mai sus evidențiază necesitatea revenirii și redistribuirii acestor bolnavi în cadrul spitalelor de psihiatrie de care aparțin teritorial, dar în care să existe condiții de supraveghere și tratare superioară în conformitate cu normele legale.

Din cele expuse rezultă că în asistența psihiatrică caracteristică primelor 3—4 decenii ale secolului nostru s-a făcut un salt calitativ de

înaltă valoare umană, medicală și socială. Actualmente tratarea și reabilitarea bolnavilor psihici se realizează printr-o diversitate mare de unități psihiatrice, direcționate toate spre preîntîmpinarea, reducerea și îmbunătățirea asistenței psihiatrice. „Este vorba — așa cum arată Predescu în 1976 — de o înțelegere cuprinzătoare și ierarhizată a principalelor laturi ale ființei umane, care se condiționează și care determină rezultanta omului normal prin integrarea aspectelor biologice în cele psihologice și ale acestora în latura socială".

Bibliografia la autori.

AIMS AND MEANS IN TODAY'S PSYCHIATRIC CARE

Summary

The study aims to evaluate the psychiatric management of the psychiatric pacients as part of secondary and tertiary prophilaxy. After a review on the psychiatric care posibilities at various cultures and social systems, the autors briefly show our psychiatric care structure and functionality, as well as its perspectives.

SEMNIFICAȚIA CONCEPTULUI CONSTRUCTIVIST ÎN PERSPECTIVA MEDICINII CONTEMPORANE

P. Boișteanu,

Institutul de Medicină și Farmacie Iași
Clinica de Psihiatrie

PRACTICA DETERMINIST-ȘTIINȚIFICĂ ȘI UMANISTĂ A MEDICINII și psihologiei a oferit ca obiect de studiu medicinii, și cu atît mai mult psihiatriei, ca subsistem al medicinii, o multitudine de interdependențe dinamice care fuzionează în final într-o concepție materialist dialectică asupra „omului total" concept care nu se rezumă în mod necesar, numai la enunțul clasic referitor la acest subiect. Există o mare varietate a formelor de manifestare ale constructivismului, în funcție de domeniul științific în care se inseră sau a etapei evoluției sale istorice, fiind în interdependență și cu baza filosofică a concepției pe care o utilizează și cu modul în care el reflectă dezvoltarea științelor prin teoria generală a sistemelor (2).

Formularea cea mai clară a constructivismului apare, din punct de vedere filosofic în primul rînd în cadrul orientărilor determinist-științifice despre omul total. Astfel, în consensul conceptului constructivist BPS, politica de promovare a sănătății mintale în România se identifică cu teza medicinii omului sănătos, al cărui obiect, proiectat în perspectiva vieții, depășește limitele profilaxiei BM, în avantajul *condiției umane* văzute în tridimensionalitatea sa (3). Efectele unei asemenea orientări cu referire la sănătatea mintală a populației realizată prin intermediul unor echipe interdisciplinare, contribuie la o definire mai pertinentă a conceptului constructivist despre omul total, la amplificarea și diversificarea programelor complexe de lucru pentru apărarea și promovarea sănătății populației, orientare enunțată de P. Brânzei în cadrul a diverse sesiuni și reuniuni științifice cu participare internațională (3). Se poate afirma că orientarea constructivistă tridimensională BPS este expresia unei activități creatoare de echipă, în confluență cu spiritul novator al orientării politice despre omul total care se dezvoltă sub diverse forme pe plan mondial, fiecare școală, echipă și lider aducîndu-și contribuția la patrimoniul progresist al umanității.

Conceptul constructivist bio-psiho-social (BPS) al școlii de la Socola, confirmat și dezvoltat de o manieră dinamică și unitară de P. Brânzei

încă în cursul decadei '70 nu poate fi confundat cu „teoria factorilor" adiacentă la concepția sistemică biomedicală (BM). Această subliniere se impune în mod necesar, întrucît începînd din anii '80 diverși alți autori, propun de asemenea modele BPS, pe care ei le realizează, totuși, euristic vorbind, prin adiționarea valenței sociale la sistemul clasic biomedical. Or, în cazul conceptului Școlii de la Socola, nu se adiționează doar factori independenți care concură la motivația comportamentului, ci este vorba de o modalitate de înțelegere dinamică și unitară a interdependenței tuturor determinărilor care definesc „omul total" în condiții normale și/sau patologice de existență (3). În prezent se poate afirma că există un consens european favorabil constructivismului tridimensional, BPS, izvorît atît din aprofundarea cunoașterii științifice cît și din relația clinică care se opune diverselor denaturări care pot fi reunite sub denumirea globală de *Anti-psihiatrie* și respectiv *Anti-medicină* dacă se admite că psihiatria constituie un subsistem al medicinii ca știință. Corelativ cu evoluția constructivistă tridimensională a medicinii românești se află și ampla deschidere a învățămîntului referitoare la integrarea psihiatriei determinist-științifice în practica medicinii generale. Semnificația largă a orientării constructiviste în concepția medicală ca subsistem tridimensional necesită enunțarea principalelor sale paliere aplicative. (3).

Constructivismul în psihologie. În psihologie termenul de constructivism care definește în ultimul timp anumite orientări ale științelor despre om, înlocuiește conceptual vechea orientare reducționistă. Piaget (5) considera că prin constructivism în psihologie trebuie înțeleasă orientarea opusă reducționismului. Urmărindu-se evoluția dezvoltării concepției constructiviste în psihologie, plecînd de la psihanaliză cu ale ei interpretări biunivoce a pulsiunilor și represiunii (Freud), urmată apoi de o serie de curente — psihologia comportamentului sau psihologia genetică, se remarcă „psihanaliza culturalistă" (Manheim) în care „libido-ul" nu mai apare ca principiu unic al tuturor explicațiilor psihologice.

În domeniul raportului subiect-obiect constructivismul a stabilit interacțiunile dintre acestea, ducînd astfel la înțelegerea rolului creator al conștiinței, la punerea în evidență a dimensiunilor psihologice ale activității psihice.

Referitor la antropologia culturală, constructivismul are o importanță deosebită, deoarece a demonstrat că această teorie nu este și nu poate fi numai psihologică, deoarece ea privește în egală măsură toate științele care au ca obiect omul, și în particular științele care studiază societatea și cultura.

În sociologie, constructivismul, după cum apreciază R. Aron (1) își are rădăcinile în constructivismul psihologic formulat de Dielthey care a postulat necesitatea unei psihologii care să aibă ca obiect omul total, acordînd o atenție particulară conceptului de „ansamblu structural"

pentru a motiva astfel necesitatea conlucrării tuturor științelor despre om și a filosofiei în vederea explicării omului total. Deși constructivismul cît și structuralismul s-au dezvoltat în conjuncție cu elaborarea teoriei generale a sistemelor, asocierea lor este eronată, deoarece spre deosebire de constructivismul determinist-științific pe care-l dezvoltă Școala de la Socola, structuralismul (dezvoltat de W. Wertheimer, K. Koffka) susține că și fenomenologismul dezvoltat de Edmund Husserl — caracterul aprioric al „conștiinței pure", ruptă în mod dualist de realitatea concretă a creerului uman. În aceste condiții, G.L. Engel și-a construit factorial modelul său BPS (1980) bazîndu-se pe demersul sistemic al căror origini B.M. le-a găsit în lucrările biologilor Paul Weis și Ludwig van Bertanfy de acum peste 50 ani : „modelul BPS este un model științific constituit pentru a adăuga dimensiunea care lipsește modelului biomedical (BM) în plus el servește de asemenea pentru a defini țelurile educaționale ale medicinii și în special rolul psihiatrilor în educarea medicilor viitorului" (4). Modalitatea de postulare sistemică BPS preconizată factorial de Engel în 1980 nu constituie o identitate cu modul în care a fost conceput și dezvoltat, de P. Brânzei și Școala de la Socola încă din deceniul '70, în spiritul determinist-științific al medicinii românești. În viziunea școlii de la Socola, studiul tridimensional al omului din punct de vedere constructivist, nu înseamnă luarea în considerație a trei factori independenți care concură la explicarea comportamentului uman ci înțelegerea caracterului dinamic și totodată unitar al totalității determinărilor care definesc omul în condițiile sale normale și/sau patologice de viață. Astfel, cu ocazia celui de al IX-lea Congres Internațional de psihiatrie, ținut la Oslo în 1973, P. Brânzei spunea, printre altele : „În aceste condiții de evoluție a cunoașterii, modalitatea în care este văzută psihoterapia în medicina contemporană, coincide pentru noi cu un concept biopsihosocial dinamic și totodată unitar care este dezvoltat de noi în spiritul tradițional determinist științific al Școlii umaniste de psihiatrie și al psihologiei românești în general".

Plecînd de la momentul calitativ diferențiat al constructivismului deceniului opt în interpretarea psihiatriei determinist-științifice, Școala de la Socola preconiza în plus în plan sociologic (care include în mod necesar între alte componente și subsistemul cultural) dubla deschidere concomitentă între serviciile psihiatrice și societate în vederea apărării și promovării sănătății mintale a populației. Această modalitate, se poate realiza prin elevarea propriului nivel educațional al populației în ceea ce privește „Medicina omului sănătos". Astfel, în consensul conceptului constructivist tridimensional dezvoltat de Școala de la Socola, politica de promovare a sănătății mintale se identifică cu teza despre „medicina omului sănătos" al cărui obiectiv proiectat în perspectiva vieții depășește limitele BM în avantajul condiției umane, în sensul său progre-

sist cel mai larg. Caracterul specific al aplicării modelului BPS de către școala de la Socola în condițiile actuale ale psihiatriei rezidă, într-o nouă atitudine față de bolnav cît și față de modalitățile vectoriale ale riscurilor de îmbolnăvire. Pe de altă parte, el se diferențiază prin interpretarea explicită în învățămîntul medical a conceptului tridimensional cît și prin perfecționarea atitudinii de acțiune constructivistă în sensul activismului civic — a umanismului militant, axiologic culturală ce caracterizează toată evoluția istorică a școlii de la Socola.

Cercetarea interdisciplinară a devenit o trăsătură esențială a orientării constructiviste tridimensionale a școlii contemporane de la Socola care se manifestă nu numai în cadrul său ci, de asemenea, printr-o colaborare metodologică cu toate serviciile specializate și organismele coordonatoare. Desigur că această activitate interdisciplinară nu a ajuns, și probabil că nu va ajunge, după cum afirmă unii reprezentanți ai etnologiei — la fuziunea tuturor științelor antropologice. Tendințele interdisciplinare duc la apariția de științe de frontieră necesare lărgirii orizontului specialiștilor din diverse domenii, astfel încît ei să poată cunoaște și să-și aducă aportul la cunoașterea complexă a omului, la lărgirea și diversificarea programelor de lucru, în raport cu condițiile create de evoluția istorică a unei anumite societăți În cadrul acțiunii complexe de apărare și promovare a sănătății mintale își aduc contribuția și specialiști din afara medicinii, concretizîndu-se astfel una din particularitățile cele mai puternic conturate ale constructivismului școlii românești.

Concluziv, se poate spune că formularea conceptului constructivist BPS în cadrul celei mai noi etape din revoluția științifică și organizatorică a psihiatriei românești nu constituie o situație conjuncturală, ci o acțiune de echipă urmărită consecvent în timp, în confluență cu spiritul novator al unei noi orientări dinamice despre omul total ce se dezvoltă pe plan mondial, fiecare școală și echipă aducîndu-și astfel contribuția la patrimoniul progresist al omenirii prin elevare și colaborare. În același timp se poate spune că în prezent se crează un consens favorabil în plan internațional față de constructivismul BPS, izvorît atît din fundamentarea cunoașterii sale științifice cît și din intuiția clinică, exprimînd astfel o modalitate de opoziție determinist-științifică față de nihilismul antipsihiatriei.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Aron R. : *La philosophie critique de l'histoire*, Edit. J. Vrin, 1969.
2. Brânzei P. : Ann. méd. psychol., 1964, nr. 1, pp. 1—20.
3. Brânzei P. : Nathanson I. — Acta psych. belg., 1981, nr. 81, pp. 425—436.
4. Engel L.G. : Amer. J. psych., 1980, 5, p. 535.
5. Piaget J. : *Tendances principales de la psychologie dans les sciences sociales et humaines*, Edit. Unesco, 1970.

SIGNIFICANCE OF THE CONSTRUCTIVIST CONCEPT IN THE PERSPECTIVE OF CONTEMPORARY MEDICINE

Summary

The bio-psycho-social tridimensionality, dinamic and unitary at the same time, of the functional elements structured in the system of human personality, through the humanist constructivist scientific determinism, developed, fundamented and validated by the School of psychiatry of Iași is detached from other similar models by the existence of distinctive, original features.

In order to depict the complexity of the dimensions of human personality in a most complete way the inter-disciplinary approach appears as an imperious necessity, the model of the „Socola" school having a constructivist and determinist fundament which constitutes the expression of a long and sustained creative activity of a confluent team in the spirit of a new dinamic orientation to the total man, a theory developed at world level.

EFICIENȚA ORIENTĂRII SISTEMICE ÎN PSIHIATRIA PRACTICĂ

M. Lăzărescu, Fl. Gîldău

Institutul de Medicină Timișoara
Clinica de Psihiatrie
Spitalul de Psihiatrie Jebel

O ORIENTARE SISTEMICĂ ÎN ORGANIZAREA ȘI PRACTICAREA psihiatriei s-ar putea dovedi utilă, deschizînd largi perspective pentru ceea ce se numește azi în diverse părți ale lumii „psihiatrie sectorializată" (1). Principiul de bază al unei astfel de orientări ar fi următorul : într-un teritoriu medical dat psihiatrul trebuie să aibe la dispoziție cît mai multe tipuri de unități, funcții și servicii de psihiatrie de calitate, bine articulate între ele și armonios integrate în medicină și în ansamblul societății ; astfel el poate oferi pacientului său cît mai multe șanse terapeutice, respectînd în același timp principiul „curei", cel al individualizării terapiei, al dispensarizării și al intervenției în teren. Principiile organizatorice ale psihiatriei din R. S. România oferă condiții excelente pentru organizarea zonală a unor „sisteme terapeutice psihiatrice" (s.t.p.) eficiente. În continuare vom prezenta cîteva din principiile ordonatoare și din rezultatele obținute în această direcție în județul Timiș.

În județul Timiș am intenționat în mod deliberat să punem în practică organizarea unui s.t.p. ghidîndu-ne după mai multe principii (2, 3), dintre acestea menționăm, pentru început, principiul echilibrului dintre „integrarea" și „independența" diverselor instanțe ale s.t.p. atît în perspectivă „homonomă" (= a raportării reciproce a verigilor s.t.p., cît și heteronomă (= raportarea s.t.p. la sistemul medical și social local și global). Astfel de instanțe sau verigi ale s.t.p. sînt, în județul Timiș : a) Spitalul de psihiatrie clasic, plasat în mediu semirural, care internează atît cazuri cu evoluție îndelungată („stagnante" și „semi-stagnante") cît și cu evoluție intraspitalicească scurtă („mobile") ; spital care ține legătura atît cu unitățile de asistență ale Ministerului Muncii cît și direct cu „terenul", cu ambianța socială din care provin bolnavii și cu microcosmosul uman în care el funcționează. b) Secția de psihiatrie a Spitalului Unificat, plasată în plin centru urban, avînd și un compartiment pentru „urgențe" și fiind intens integrată în sectorul medical și social local. c) Staționarul de zi, centrat pe post-cură și resocializare, dar rezolvînd și probleme de precizare diagnostică și terapie scurtă. d) Ergoterapia ambulatorie, centrată pe efortul de recuperare socio-profesională a defectivului. e) Laboratorul de sănătate mintală (= L.S.M., care cuprinde

instanțele c și d) și care e centrat pe consultația activă, diagnostic precoce, expertiză, dispensarizare, asistență socio-juridică, acțiuni în teren, prevenție, propagandă sanitară etc. L.S.M. întreține relații strînse cu rețeaua Ministerului Muncii, cu cea socio-juridică și de ordine publică, cu cea a educației și culturii, cu formele administrativ politice locale etc.

La nivelul tuturor acestor verigi este asistată populația ce prezintă diverse grade de anormalitate, boală sau defect mental, necesitînd internare, terapie, urmărire și suport psihiatrico-social pentru o perioadă mai lungă (populație („stagnantă") sau mai scurtă (populație bolnavă, „mobilă", „circulantă"). La toate nivelele s.t.p. zonal, pe lîngă factorii terapeutici folosiți intenționat trebuie să se țină cont în permanență și de „contagiunea normalității", adică de valoarea structurantă și sanogenică din punct de vedere psihic a însăși prezenței oamenilor echilibrați și „sănătoși" mental și a funcționării unor structuri socio-culturale normale. De aceea, este important să se țină cont, la fiecare nivel al s.t.p., de raportul „lume normală", „lume alienată". În sfîrșit, funcțiile s.t.p. — fie ele de diagnostic, expertiză, terapie, recuperare, prevenție etc. — se desfășoară la toate nivelele acestuia, desigur, în mod specific. Astfel de exemplu în județul Timiș ergoterapia funcționează atît pentru cei internați în spitale de psihiatrie (cum ar fi cele din Gătaia și Jebel) cît și pentru cei internați în secția clinică a spitalului județean, la staționarul de zi sau pentru defectivii psihici neinternați. Intenția este de a se crea un continuum care să permită recalificarea, recuperarea și reinserția socio-profesională. La fel, diverse forme de socio-terapie și psihoterapie funcționează la diverse nivele ale s.t.p., cu posibilitatea preluării cazului dintr-o instanță în alta. Pe de altă parte sînt susținute și specialitățile terapeutice în sensul funcționării în anumite locuri a unor terapeuți specializați, de exemplu în psihoterapie de inspirație analitică sau logoterapică, în relaxare și sofroterapie, în terapie comportamentală, pomeopatie și acupunctură aplicată specific în psihiatrie etc.

Un aspect particular îl reprezintă integrarea „heteronomă" a spitalelor de psihiatrie plasate în mediu semiurban. În aceste cazuri (de exemplu la spitalul Jebel) majoritatea angajaților locuiesc în comună. În acest context s-a realizat o situație în care spațiul spitalului a devenit centrul manifestărilor sportive și culturale ale comunei, ca un fel de a doua „agora" a acesteia. Deci, nu doar pacienții au acces liber la „lumea normală" din afara spitalului, ci ei devin gazde pentru evenimentele și sărbătorile acestora (la unele meciuri de fotbal ale echipei locale, care se desfășoară totdeauna pe terenul din incinta spitalului, participă la întîlniri de masă pînă la 3 000 spectatori, iar la unele spectacole date de formații de prestigiu participă populația din multe comune limitrofe și din Timișoara).

Un alt aspect particular îl constituie faptul că acțiunile „în teren", privitoare la bolnavii mintali, devin o funcție a fiecărei verigi a s.t.p. Membrii spitalelor (mai ales ai spitalului Jebel) și a secției de psihiatrie participă la diverse acțiuni ale ambulatorului (consultații, dispensarizare, club antialcoolic, consiliere, expertize, gerontopsihiatrie preventivă etc.)

precum și la activități terapeutice desfășurate în familia pacienților și în activitatea de „psihiatrie industrială“ fiind săptămînal prezenți activ în întreprinderi.

În sfîrșit, menționăm integrarea heteronomă a s.t.p. zonal cu cel al justiției și ordinii publice, prin întîlniri lunare în care se desfășoară analize cazuistice, discuții teoretice, organizatorice și practice de lucru.

Problemele menționate mai sus, ale structurii și funcționării eficiente a s.t.p. zonal pot fi parțial formalizate în vederea unui studiu riguros. Dar ele rămîn în același timp deschise inițiativei tuturor psihiatrilor angajați moral și ghidați de o viziune axioterapică.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Lindhalm, H. : Acta Psychiat. Scand., suppl. 304, vol. 7, 1983.
2. Lăzărescu, M. : *Viitorul Psihiatriei*, „Socola“, Iași, 1980, p. 552.
3. Lăzărescu, M., Gîldău, Fl. : Rev. Neurol. Psih. Neurochir., 1984, nr. 2, pp. 1981-87.

SYSTEMIC ORIENTATION IN PSYCHIATRIC PRACTICE

Summary

The authors expose the theoretical principles which represent the guidelines of the therapeutic system in the Timiș county and the results of this system. They emphasise the integration betwwen different aspects of this system, and its integration into the county socio-culture ; in this way, the pacient feels better the „milieu of normality“. The authors emphasise more special activities, like in the „Jebel“ Psychiatric Hospital which was transformed in a cultural and sport centre of the village, and the activity of psychiatrists in the industrial environment.

POSIBILITĂȚI ȘI PERSPECTIVE ÎN ASISTENȚA PSIHIATRICĂ

M. Dehelean, Pompilia Dehelean

Institutul de Medicină Timișoara
Clinica de Psihiatrie

I. PSIHIATRIA, DISCIPLINĂ MEDICALĂ INTEGRATĂ DOMENIUlui general al medicinei, are două perspective — obligatorii și complementare — de considerare, cu pondere inegală, în funcție de diverse arii nosologice psihopatologice, și anume : perspectiva propriu-zis medicală, biologică, științifică și cea socio-antropologică (așa numita „soft-side" a psihiatriei), de fapt, și ea, nu mai puțin „medicală". Este paradoxal, dar deocamdată adevărat, faptul că pentru domeniul nuclear al psihiatriei (cel al psihozelor funcționale sau endogene) nu s-a demonstrat încă cota parte de participare a acestor două dimensiuni ale psihopatologiei ; prevalează totuși ipoteza biologică, mai ales în varianta sa biochimică. Complementaritatea celor două perspective sus menționate rezultă și din necesitatea asocierii, în orice caz de patologie psihiatrică, a terapiei de impact biologic (chimioterapia, mai ales) cu cea de impact psihologic (psihoterapia și, în unele cazuri, socioterapia).

II. Asistența psihiatrică implică, în plan *instituțional :* 1) Spitalul de psihiatrie, care va acorda asistență nu întregii cazuistici psihiatrice ci numai : a) patologiei cronice, organică sau nu, ireversibilă, cu caracter staționar sau cu evoluție progresivă, cu stări defective majore, necompensabile, grav incapacitante în plan socio-familial și/sau profesional, mai ales la persoane vîrstnice. Este vorba deci de o patologie ce nu are o altă alternativă și de pacienți ce au nevoie de un anumit fel de viață instituțională sau care pun probleme de securitate socială și/sau personală. Speranțele pentru viitor se rezumă doar la eventuale progrese ale profilaxiei terțiare și, pentru unele cazuri, la reușita unei parțiale și/sau temporale reinserții într-o existență comunitară protejată. b) Patologiei acute, severă dar curabilă, necesitînd spitalizare de — relativ — scurtă durată și care depășește posibilitățile ambulatorului psihiatric sau ale rețelei de bază. Se preconizează însă ca acest tip de patologie să fie internată într-o secție psihiatrică a unui spital general modern. 2) Secția psihiatrică a spitalului general (cu o capacitate și o structură funcțională corespunzătoare, optimizată) va interna cazurile acute consemnate anterior la 1) b), realizîndu-se astfel deziderațul „medicalizării", al integrării (parțiale) medicale a psihiatriei, precum și o

serie de alte avantaje : facilitarea consulturilor interdisciplinare, o ambianţă mai familială pentru bolnavul psihic, o mai bună asistenţă a cazurilor cu sindrom psihoorganic cerebral acut şi a cazurilor de patologie psihosomatică internate în orice secţie a acestui spital. 3) Ambulatorul psihiatric, împreună cu unităţile intermediare între staţionar (spital) şi ambulator (centrul de sănătate mintală), şi anume, staţionare de zi şi de noapte etc. vor asista cazurile psihiatrice acute de gravitate medie sau mică, aferente micii psihiatrii, asigurînd, în acelaşi timp, prin serviciile auxiliare (psihologie, sociologie, asistenţă socială, asistenţă juridică etc.), măsurile de profilaxie primară, secundară şi terţiară, urmărirea longitudinală clinică şi a tratamentului de întreţinere a cazurilor cronice dispensarizate, recuperarea socio-profesională a cazurilor cu defecte psihice postmorbide compensabile. 4) Unităţi sau servicii medico-sociale (ateliere protejate, cămine tip „hotel") vor intermedia trecerea de la spitalizare la reinserţia rezidenţial-familială şi/sau profesională a pacienţilor psihotici cu vulnerabilitate şi dificultăţi de readaptare, ce necesită o prealabilă pregătire — în scopul creşterii gradului de toleranţă şi de suport — a colectivului profesional sau a familiei proprii. 5) Reţeaua medicală de bază (dispensarul medical, medicul generalist) va prelua în prima fază şi va rezolva, dacă este posibil, fără apel la psihiatru dar cu o metodologie însuşită, oferită de acesta din urmă, cazurile ce relevă probleme psihologice consubstanţiale unei existenţe umane obişnuite sau probleme marginale de psihiatrie „minoră", ce nu depăşesc competenţa unui medic cu adevărat generalist. De asemenea, va urmări evoluţia şi tratamentul ambulator al bolnavilor psihici cronici din teritoriu, va urmări complianţa la — şi va monitoriza — acest tratament. Competenţa psihiatrică a medicului generalist va trebui crescută prin îmbunătăţirea învăţămîntului psihiatric universitar. Aceeaşi competenţă trebuie să o aibe şi orice medic specialist nepsihiatru, pentru toate cazurile ce aparţin specialităţii sale, dar prezintă şi concomitenţe psihiatrice minore.

III. Rezultă din cele de mai sus că *personalul* implicat în asistenţa psihiatrică comportă pe lîngă medici psihiatri şi medici cu altă specializare sau generalişti precum şi personal nemedical ce activează într-o echipă, sub conducerea psihiatrului.

IV. *Prevenţia* în psihiatrie are un rol important ce decurge atît din posibilităţile psihiatriei profilactice cît şi din ineficienţa, în multe cazuri, a terapiei psihotrope curative şi recuperatorii. Din păcate, aceste posibilităţi sînt grevate de numeroşi factori socio-culturali şi economici ca de exemplu dificultatea schimbării obiceiurilor culturale înrădăcinate, a stilului general de viaţă a populaţiei, a condiţiilor sociale (mai ales cele de habitat şi ocupaţionale) sau a condiţiilor ambientale dependente de o aşa numită „inginerie socială". Rămîn însă accesibile şi ameliorabile domeniile : 1) educaţiei şi a consilierii ; 2) screening-ului pentru depistări precoce ; 3) a identificării de parametri biologici pentru vulnerabilitatea psihopatologică ; 4) a prevenirii recăderilor prin tratament de întreţinere susţinut.

V. *Terapia psihotropă* actuală, de impact biologic și/sau psihologic, posedă o numeroasă și diversă gamă de mijloace terapeutice, ce permite individualizarea tratamentului în funcție de tipul de patologie și de particularitățile idiosincrazice ale pacientului. Pe de altă parte însă numeroși agenți terapeutici utilizați au o eficiență limitată, uneori chiar discutabilă și, în general, nu sînt lipsiți de efecte adverse sau toxice. Toate tipurile de terapie hipocratică (prin „remediu", prin „cuțit" și prin „cuvînt") au fost aplicate bolnavului psihic. După renunțarea, justificată, la psihochirurgie și la terapiile „agresive", excepție făcînd electrosocul, terapia psihotropă actuală se bazează pe agenți chimioterapeutici și pe psiho-socioterapie. Reculul psihanalizei și progresele psihofarmacologiei corelate cu cele ale psihiatriei biologice au readus în centrul interesului psihiatria nucleară a psihozelor funcționale și chimioterapia specifică acestora (antipsihotică și antidepresivă). Cercetarea în acest domeniu se adresează încercărilor de descoperire a unor psihotrope „ideale" cu următoarele calități : 1) fundamentare științifică, nu numai empirică ; 2) specificitate cît mai restrînsă ; 3) eficiență reală cît mai mare (terapie de fond cu efecte curative radicale, definitive) ; 4) absența fenomenelor adverse sau generatoare de patologie cerebrală secundară ; 5) absența efectelor addictive ; 6) preparate ușor maniabile, accesibile, ieftine, ușor monitorizabile rutinier la nivelul locului de impact terapeutic. Comparate cu preparatul ideal, neurolepticele actuale au mai degrabă un efect simptomatic, supresiv, suspensiv, deci tranzitor, ceea ce implică cure intensive și de lungă durată, cu dezagreamentele secundare amintite. Deși se pare că locul lor de impact terapeutic a fost descoperit (receptorii dopaminergici) cercetările respective au relevat doar un mecanism biochimic obligator, la o verigă a cărei poziție în lanțul deterministic plurifactorial nu este încă cunoscut, prin urmare ele nu au adus elucidări etiopatogenetice, persistînd deci în continuare problema de tipul dilemei primatului „oului sau al găinei". Alături de controversa duratei curei neuroleptice (permanentă sau temporară) persistă, printre altele, și cea a stabilirii dozei minime eficace (prin proba scrisului sau prin criterii clinice), fapt nu lipsit de importanță datorită potențialului neurotoxic al acestor droguri. Antidepresivele ocupă în prezent primul loc în cercetarea psihofarmacologică din cauza marii frecvențe a patologiei afective, a progreselor în biochimia depresiei și a inexistenței unor produse cu adevărat satisfăcătoare. Tranchilizantele minore pun problema — datorită consumului lor de masă, excesiv, adesea nejustificat — a automedicației și abuzului, cu posibilitatea apariției dependenței toxicomane. Pe de altă parte, utilizarea lor neindicată, în caz de suferință psihică consubstanțială existenței umane obișnuite, determină scăderea capacității generale a omului contemporan de a face față suferinței psihice „normale", implicat definitoriu al condiției umane. Întrucît este greu de schimbat mentalitatea populației, o soluție alternativă ar fi descoperirea unor tranchilizante netoxice și non-addictive. Psihostimulantele nu au înlocuit ci s-au asociat „drogurilor sociale" (alcool, nicotină, droguri addictive stimulante sau euforizante) care, înră-

dăcinate socio-cultural de milenii, e puţin probabil să fie dizlocate de un psihostimulant ideal, cu efect moderat şi non-addictiv. Pe de altă parte stimularea artificială nu este benefică deoarece conduce, cu timpul, la un consum sistematic. Terapia gerontopsihiatrică nu se va adresa îmbătrînirii normale ci numai celei patologice, precoce, deteriorante şi invalidante mental şi social. Psihoigiena (prin continua stimulare şi activare psihică şi fizică) şi prevenţia psihopatologiei geriatrice pot contribui la creşterea duratei de viaţă cu activitate mentală satisfăcătoare la populaţia vîrstei a treia, fără a se tenta imposibilul, adică depăşirea parametrilor maximali, a limitelor implicate în natura umană.

În concluzie, asistenţa psihiatrică contemporană a făcut progrese revoluţionare în ultimii 30 ani, dar realizarea unor remedii terapeutice care să ducă la vindecări complete şi definitive în domeniile majore ale psihiatriei rămîne încă o problemă a viitorului.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Ey, H.: *La thérapeutique psychiatrique*, Encycl. Méd. Chr., Paris, Psychiatrie, 37800, A[10], 5 — 1976.
2. Klein, D.F., Gittelman, R., Quitkin, F., Rifkin, A.: *Diagnostic and drug treatment of psychiatric disorders*, 2nd ed., Williams & Wilkins, Baltimore, London, 1980, pp. 28—47.
3. ★ ★ ★ *Future development in the fields of psychiatric and neurology*, CIBA — Geigy, Basle, 1980, pp. 1—37.

POSSIBILITIES AND PERSPECTIVES IN THE FIELD OF PSYCHIATRIC CARE

Summary

Psychiatric care must consider both the „medical" and the so-called „soft" sides of psychiatry, i.e. its biological and socioanthropological dimensions. According to the type of psychopathology institutional psychiatric care may be developed in, either: psychiatric hospitals, psychiatric departments in general hospitals, mental health or community centers. The long term care and management of some pacients will pass over to non-medical personnel working within the social services, or to General Practitioners. Preventive psychiatry will begin to play a more important role. At present new therapeutic approaches are developed mainly in the field of antipsychotic and antidepressant drugs, but the discovery of „ideal" psychotropic drugs may be expected only in future.

IMPORTANȚA LABORATORULUI DE SĂNĂTATE MINTALĂ ÎN RECUPERAREA BOLNAVILOR SCHIZOFRENI

T. Neamțu, Aurelia Sîrbu, A. Secăreanu

Laboratorul de Sănătate Mintală — Cluj-Napoca

SCHIZOFRENIA RĂMÎNE UNA DIN BOLILE PSIHICE CU STATUT de prioritate în cercetarea psihiatrică, datorită atît morbidității ridicate cît și potențialului ei de evoluție spre cronicizare (1, 3).

Etiopatogeneza, încă neelucidată, și deci multe semne de întrebare și incertitudine, a întîrziat desigur nu numai închegarea unui concept teoretic solid și unitar ci și etalonarea unei metodologii terapeutice corespunzătoare și unanim admisă.

Ultimele decenii, au adus clarificări și comentarii noi, mai ales enzimologice și sociologice — care privite și interpretate sintetic, într-un context larg, tridimensional bio-psiho-social, par să ofere argumentele necesare înțelegerii mecanismelor complexe ale bolii (2, 4).

De remarcat este faptul că totuși în ultimii ani practica psihiatrică a beneficiat de unele progrese terapeutice — semnificație deosebită continuă să aibă, medicația psihotropă, care prin ceea ce astăzi numim psihofarmacologie, se integrează intim într-un proces de interdisciplinaritate logică, cu cercetarea metabolismului aminelor cerebrale, contribuind astfel la fundamentarea teoriei biochimice a schizofreniei.

Ținînd seama de implicațiile medico-sociale ale bolii precum și de noul sistem de organizare psihiatrică, și bazați pe actualele posibilități de asistență de profil, am încercat să elaborăm o metodologie de tratament și recuperare accesibilă în condițiile noastre.

MATERIAL ȘI METODE : Am urmărit un număr de 508 bolnavi schizofreni dispensarizați în ultimii ani la L.S.M. Protocolul de cercetare cuprinde o serie de repere personale, sex, vîrstă, stare civilă, profesiune : vechimea bolii, forma clinică. tratament, evoluție și date medico-sociale ce vizau posibilitățile și tipul de recuperare insistînd asupra aspectelor familiale, profesionale și sociale.

Ca și instrumente de evaluare au fost folosite :

— intervalul de simptome pentru schizofrenie I.P.S.S. ;
— ancheta socială la domiciliu și la locul de muncă ;
— examinări psihologice ;
— cabinetul de dispensarizare L.S.M. ;
— materialul patografic (F.O. din L.S.M. și clinică).

În prezenta comunicare, dorim să prezentăm cîteva din rezultatele obținute care ni s-au părut de oarecare interes general și dealtfel cunoscute.

1. Activitatea desfășurată pentru depistarea și dispensarizarea bolnavilor schizofreni a cuprins un număr de 518 cazuri.

2. Din defalcarea pe grupe de vîrstă reiese că morbiditatea este mai mare între 17 și 35 ani, deci afectează perioada de viață a adultului tînăr. (vezi tabelul nr. 1).

Tabelul nr. 1

Repartiția bolnavilor schizofreni pe grupe de vîrstă

17—25		25—35		peste 36 ani		Total	
B	F	B	F	B	F	B	F
66	49	103	78	113	99	282	226

3. Din punct de vedere clinic (vezi tabelul nr. 2) forma paranoidă este cea mai frecventă (296 bolnavi schizofreni, reprezentînd 57,14% față de total) apoi urmează forma simplă, grefată, cronică și hebereno-catatonică.

Tabelul nr. 2

Repartiția bolnavilor schizofreni pe forme clinice și sex

Schizofrenie									
simplă		hebefrenă		paranoidă		cronică		grefată	
B	F	B	F	B	F	B	F	B	F
53	61	9	10	171	125	21	9	26	18

4. Din punct de vedere al tratamentului ne-am axat pe extinderea medicației depôt (Moditen, Modecate, Fluanxol, Lyogen) vezi tabelul nr. 3, obținînd rezultate bune și foarte bune în marea majoritate a cazurilor.

Tabelul nr. 3

Numărul bolnavilor schizofreni cu tratament neuroleptic depôt simplu și asociat, pe sex.

Cu tratament depôt simplu		Cu tratament depôt asociat		Total	
B	F	B	F	B	F
65	71	68	41	133	112

5. Nu am comentat rezultatele terapiei depôt, fiind subiectul altei lucrări, dar considerăm semnificativ prezentarea tabelului nr. 4 cu repartiția bolnavilor schizofreni, pe profesii în număr de 208 ce reprezintă 40,1% din numărul bolnavilor schizofreni luați în evidență și dispensarizați la L.S.M.

Tabelul nr. 4

Bolnavi schizofreni încadrați în muncă pe profesii și sexe :

muncit calif.		muncit. necalif		funcționari		'ngineri		profesori		Total	
B	F	B	F	B	F	B	F	B	F	B	F
60	30	44	35	10	7	6	3	7	6	127	81

D i s c u ț i i, c o n c l u z i i. În organizarea sistematică ierarhizată a asistenței psihiatrice, înființarea L.S.M.-ului reprezintă o etapă calitativ superioară și necesară. L.S.M.-ul oferă un surplus de condiții materiale și posibilități de intervenție psihiatrică, și care bine folosite trebuie să optimizeze asistența bolnavilor psihici. În acest sens, competernța și sfera de cuprindere a problemelor specialității s-a îmbunătățit simțitor.

În țara noastră sînt înmănuncheate toate condițiile ce permit buna desfășurare și continua perfecționare a acestui sistem de asistență psihiatrică.

Luînd în considerare actuala dezvoltare conceptuală, tehnico-organizatorică, L.S.M.-ul se impune ca etapă prioritară în asistența psihiatrică modernă.

Saltul calitativ următor va fi posibil în măsura în care se va înțelege și accepta faptul că boala psihică nu este o problemă exclusiv medicală psihiatrică, ci și socială, cu toate consecințele preventiv curative, teoretice și practice ce decurg din această ipostază.

R e z u l t a t. Din experiența acumulată în asistența bolnavilor schizofreni se detașează unele observații cu valoare largă astfel, L.S.M.-ul constituie cadrul instituțional cel mai adecvat pentru munca de recuperare și reabilitare medico-socială.

Constituie cadrul cel mai prielnic cu posibilitățile instituirii unui tratament complex, combinat, în care prevalează chimioterapia, alături de metodele de psihoterapie, terapia ocupațională iar în ultimul timp acupunctura și aeroionoterapia. Apoi crearea unei ambianțe securizante în staționar și familie, cu antrenarea în activități variate, controlul periodic cu „ajustarea" tratamentului precum și treptata angrenare în muncă după posibilități, sînt elementele esențiale ale conduitei corecte terapeutice.

La fel este necesar să subliniem utilitatea și eficacitatea medicației depôt, în special în asistența ambulatorie.

Recuperabilitatea bolnavului schizofren în condițiile oferite de L.S.M., cîștigă în stabilitate și precizie, dovedind din plin importanța unor asemenea instituții — în asistența bolnavilor în general.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Angheluță V., Nica-Udangiu St., Nica-Udangiu Lidia : *Psihiatrie epidemiologică*, Edit. Medicală, București, 1983.
2. Brânzei P., Sîrbu Aurelia : *Psihiatrie*, E.D.P., București, 1981.
3. Gorgos C. : *Vademecum în psihiatrie*, Edit. Medicală, București, 1985.
4. Predescu V. : *Psihiatrie*, Edit. Medicală, București, 1976.

THE IMPORTANCE OF MENTHAL HEALTH LABORATORY IN THE REABILITATION OF SCHIZOPHRENIC PACIENTS

Summary

This study was carried out on 508 schizophrenic pacients, checked-up six years, on a general monthly basis, using a complex research protocole : I.P.S.S. scale of evaluation, psychological examinations, field social and professional investigations, etc.

The paper outlines the basic facts of the treatment and management of schizophrenic pacients in the peculiar framework of M.H.L., which provides a better stability and precision of the rehabilitation process among other beneficinet factors.

FACTORI SOCIOCULTURALI ÎN ABORDAREA BOLILOR PSIHICE

S. Collino, Antoaneta Costian, Doina Gheorghiu, M. Boitan

Spitalul Clinic „Dr. Gh. Marinescu" — București

ATITUDINEA FAȚĂ DE BOALA PSIHICĂ NU A FOST ÎNTOTdeauna simpatetică, binevoitoare și salutară. S-au conturat cîteva etape în evoluția acestei atitudini : etapa preștiințifică, etapa umanitaristă cu reformele ei, etapa descoperirilor medicale și științifice referitoare la tratament, etapa mișcărilor pentru igienă și sănătate mentală și etapa actuală, cînd atenția este îndreptată spre optimizarea capacităților umane (1, 2, 4). Din punct de vedere istoric, etapele s-au întrepătruns, iar atitudini și caracteristici specifice fiecăreia dintre ele, coexistă încă.

Pînă în secolul al XVI-lea boala psihică era considerată o rușine, iar bolnavii psihic erau legați în lanțuri, pedepsiți, torturați brutal, iar îngrijirea acordată era la fel de rea ca și a deținuților.

Reforma umanitară a fost simultan introdusă în Franța și Anglia, în 1790. Medicul șef al spitalului Bicêtre din Paris, Philippe Pinel, experimentînd „terapia morală", a descoperit că prin îndepărtarea lanțurilor și instituirea libertății în cadrul spitalului, bolnavii deveneau mai docili și chiar mai curabili.

În Anglia, William Tuke a dezvoltat spitalul din York Retreat, instituind aici un mediu familial pentru bolnavi.

După o jumătate de secol, la unul din congresele Statelor Unite ale Americii, Dorothea Dix a arătat condiția mizerabilă a azilelor de boli psihice din America, fapt care a făcut ca între anii 1841—1881 să fie construite peste 30 de spitale pentru bolnavii mintali.

În a doua jumătate a secolului al XIX-lea, descoperirile medicale au fost axate pe găsirea unor noi metode de terapie. S-au făcut descoperiri în neurologie și s-au făcut mari pași în înțelegerea bazelor proceselor psihice de către Pierre Janet, Jean Charcot și Sigmund Freud. Au apărut noi teorii referitoare la nevroze și s-au dezvoltat tehnici de psihoterapie (3, 5). Multe dintre tulburările psihice au fost legate de neconștientizarea conflictelor psihologice, de anxietăți și tensiuni cu originea în copilărie.

Mai tîrziu Pavlov arată că procesele fiziologice, inclusiv emoțiile sînt influențate de învățare. Multitudinea datelor acumulate pînă atunci a determinat ca boala psihică să fie cuprinsă într-un concept holistic. Conform acestui punct de vedere s-a afirmat că dacă originea bolilor psihice este complexă — organică, sociologică și psihologică — afectînd persoana integral, terapia trebuie să ia în considerație toți acești factori.

În această perioadă, sociologia și antropologia au evoluat ca discipline științifice independente și au făcut progrese rapide în înțelegerea rolului factorilor socioculturali în evoluția comportamentului uman. A devenit evident faptul că omul este aproape infinit de maleabil și că dezvoltarea personalității sale reflectă atît mediul social în care trăiește — instituții, tradiții, valori, tehnică — cît și mediul imediat apropiat ca familia și alte relații interpersonale în care este implicat.

Devine clar de asemenea că există o relație între condițiile socioculturale și bolile psihice, între tipul de stress care predomină într-o anume societate și incidența tipurilor de boli psihice. S-a mai observat de asemenea că tipurile de boli atît fizice cît și psihice într-o societate dată se pot schimba cu timpul, potențate de schimbările socioculturale.

Odată cu apariția studiilor socioculturale începînd cu „Sex și represiune în societatea sălbatică" publicată de Malinowski în 1927, se conturează opinia că modelul psihanalitic care domina este limitat în aplicabilitatea lui la culturi diferite. Malinowski observă că, complexul lui Oedip nu este universal, ci este produsul familiei patriarhale a societății occidentale. Autorul consideră că normalitatea este un concept care se definește prin prisma factorilor socioculturali.

S-a constatat că unele tipuri de comportament patologic se găsesc numai în anumite culturi. Au fost astfel delimitate psihoze „etnice" ca amok-ul la malaezieni sau koro la alte populații asiatice. Se semnalează de asemenea melancolia persecutivă la emigranți centrată pe nefericirea care vine de la ceilalți, care-i urăsc, îi manevrează, îi persecută, nu le recunosc drepturile, în cadrul căreia suferința tinde totdeauna să fie proiectată în exterior. Dr. Cusin de la spitalul Necker din Paris semnalează la popoarele civilizate depresia festivă. Cusin observă că orice persoană, oricît de adaptată s-ar considera, nu se poate să nu aibă amintirea trăirii sentimentului de decalaj afectiv față de alții. „Cine poate spune — notează autorul — că nu a cunoscut dezagreabila senzație, într-o anumită circumstanță de viață, de a nu se putea alătura sentimentelor manifestate de un grup de colegi sau prieteni. Este un fapt banal și care nu traumatizează în general individul sănătos." Această posibilitate de deschidere afectivă provizorie face parte din unicitatea persoanei, din traiectoria emoțională proprie. Nimeni nu are aceleași modalități de adaptare și de participare la o exaltare festivă, ca și ceilalți. La individul cu predispoziție la depresie, acest sentiment de decalaj și mai ales anticiparea lui crează un serios disconfort și adesea precipită apariția unui puseu depresiv. Depresia festivă este de intensitate variabllă, uneori brutală și de durată în general scurtă. Poate duce la suicid, mai ales la persoane singure sau în vîrstă, dar nu numai la acestea.

O categorie transculturală deosebit de interesantă descrisă de celebrul psihiatru și psihanalist japonez Takeo, de care se leagă întreg psihismul japonezului este „amae", conceptul fundamental al sufletului, care semnifică faptul de „a fi iubit", ceea ce pentru japonez este mai important decît „a iubi", atît de apreciat de occidentali. Termenului îi corespunde o serie lingvistică luxuriantă de verbe exprimînd diverse trăiri care se leagă de dragostea pasivă și totodată de trebuința

de dependență afectivă, identificare, empatie, relație simbiotică. Este o noțiune prin excelență intelectualizată și rațională din care decurge o viziune asupra lumii foarte diferită față de cea a occidentalilor.

Cîțiva psihiatri francezi au făcut o serie de considerații referitoare la evaluarea simptomatologiei psihice în funcție de contextul cultural. Ei au arătat că expresia clinică a unui proces morbid poate varia și că proporțiile diferitelor maladii se schimbă adesea în funcție de date geografice, climă, obiceiuri alimentare și mod de viață. Această diversitate se regăsește cel mai pregnant în domeniul psihiatriei. Uneori un simptom sau un sindrom capătă valoarea unei manifestări obișnuite în condiții culturale diferite, așa cum credința în demoni și influența lor în cadrul unor civilizații este delirantă, iar în altele este obișnuită.

Fiecare cultură are nuanțe și comportamente agresive, capabile pe de o parte să altereze mai mult sau mai puțin grav psihismul, pe de altă parte să aibă o componentă terapeutică, atenuînd efectele sale nocive sau chiar anulîndu-le. De exemplu, în societatea braziliană cu o populație preponderent tînără și cu o creștere demografică considerabilă, peste posibilitățile economico-sociale ale țării, există numeroase surse de tensiune, frustrare și conflicte. Totuși se observă mai puțin ca în alte părți nervozitatea, agresivitatea și cortegiul de tulburări psihice și psihosomatice legate de sociogeneză. În regiunea orașului Rio în special și în Brazilia în general este răspîndit cultul macumba, reprezentînd un sincretism între catolicism și religiile africane. Macumba, socotită un fel de vrăjitorie oferă iluzia unei speranțe, a unui recurs simplu și accesibil, oferit individului pentru a ieși din situații limită ca doliu sau impas existențial.

La un moment dat se părea că semiologia psihiatrică devine discutabilă datorită diferențierilor culturale. Aceasta ar fi valabil însă numai în măsura în care s-ar face din noțiunea de simptom, o concepție globală și rudimentară. Odată ce avem în vedere problema raporturilor între simptome, procesul patologic și comportament, adică ținînd cont de distincția operată de Bleuler între simptomele primare și cele secundare, înțelegem că simptomele primare sînt invariante semiotice. Simptomele secundare, în particular temele delirante și bizareriile de conduită determină reacțiile subiectului și tiparele de comportament pe care le propune mediul cultural din care provine bolnavul.

Este clar că simptomele secundare variază de la o cultură la alta, fără să afecteze cu nimic valoarea operantă a semiologiei psihiatrice.

Punctul de vedere sociocultural a adăugat încă o dimensiune la considerațiile asupra bolilor psihice ; odată cu acceptarea lui de către psihologie și psihiatrie, individul este privit în contextul comunitar, familial și al altor subgrupuri. Devine evident că anumite condiții sociale au o influență patogenetică. A apărut de asemenea termenul de patologie socială, care conduce la modelul de sănătate mentală comunitară, model care asigură asistența individului în relație cu etiologia, terapia și profilaxia bolilor psihice, strîns legat de mediul sociocultural. În 1968 Smith se referea la modelul de sănătate mentală comunitară, ca la „a treia revoluție în sănătatea psihică".

Considerăm că există două tendințe esențiale care merg alături de abordarea interdisciplinară a comportamentului patologic : creșterea influenței modelelor psihosociale și dezvoltarea a noi tehnici de cooperare cu comportamentul patologic. În ce privește creșterea influenței mode-

lelor psihosociale, în special a celui comportamental, umanist și interpersonal, fenomenul are loc datorită faptului că alături de determinantele psihologice aceste modele iau în considerare și determinantele socioculturale. Modelul comportamental formulează și aplică principiile învățării, la psihopatologie dînd naștere unor noi metode de terapie aplicate pe larg de psihiatri și psihologi. Modelul umanist promovează dezvoltarea armonioasă a personalității, împlinirea persoanei. Modelul existențial se referă la categorii ca libertate, curaj, opțiune, sens al vieții. Cel mai recent este modelul interpersonal, care evidențiază evoluția psihopatologică prin prisma relațiilor interpersonale. Acesta se referă la natura tiparelor interpersonale care conduc la frustrare, evoluție distorsionată, comportament patologic. Prin prisma acestui punct de vedere, terapia vizează ameliorarea tiparelor patologice și promovarea unor relații interpersonale sanogene.

Etapa pe care o traversăm este cea a optimizării capacităților umane. Este foarte important de aceea să înțelegem rolul pozitiv al factorilor sociali în posibilitatea persoanei de a se realiza la potențialul cel mai înalt, de a obține satisfacții, de a se adapta armonios și aspectele lor detrimentale, cînd devin factori etiologici ai bolilor psihice.

Este necesar să subliniem existența unor factori sociali necontrolabili. Toată evoluția individului implică schimbări : creșterea, întemeierea familiei, apariția copiilor, decesul părinților și alte evenimente majore sau minore. Un mare număr de cercetători au ridicat problema dacă organismul uman este dotat fiziologic și psihologic să coopereze cu rata supraîncărcată a schimbărilor în societatea noastră. S-ar părea că, însușirea umană de a asimila schimbările este oarecum limitată, iar atunci cînd limitele sînt depășite, rezultatele devin critice atît pentru individ cît și pentru grupul din care face parte. În studiile sale, sociologul american Murphy arată că schimbările sociale sînt în mod special stressante în următoarele condiții : cînd dimensiunile majore ale schimbării se petrec de-a lungul unei singure generații, cînd acestea implică o reorientare asupra valorilor de bază, cînd a existat o antrenare formală a capacităților și tehnicilor necesare pentru îndeplinirea noilor sarcini și cînd există o serioasă ambiguitate în ceea ce privește direcția în care duc schimbările.

În sfîrșit, în confruntarea dintre nou și vechi se conturează necesitatea unei orientări etice care să implice onestitate în conduita personală și profesională și respect față de integritatea psihică a celorlalți, în așa fel încît să se creeze un climat psihic favorabil pentru toți.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Brown J. M., Berrien F. K., Russel D. L. : *Applied Psychology*, Macmillan Co., Collier-Macmillan Ltd., London, 1964.
2. Coleman J. C. : *Abnormal Psychology and Modern Life*, ed. a II-a, Scott, Foresman and Co., Shicago, 1964.

3. Ford D. H., Urban H. B.: *Systems of Psychotheraphy*, John Willey & Sons, New York, 1963.
4. *Joint Commission on Mental Health and Illness.* Action for Mental Health, Basic Books, New York, 1961.
5. Miller J. G.: Amer. Psychologist 1955, t. 10, nr. 9, pp. 513—531.

SOCIOCULTURAL FACTORS IN MENTAL DISORDES APPROACH

Summary

In the present paper, the authors reveal the development of the sociocultural perspective and the gradual shift in emphasis from an exclusive concern with the individual to an extended focus that takes in his family, community and general sociocultural milieu. The also consider some major trends in contemporary psycho-patology — the growing use of interdisciplinary approaches, the reevaluation of psychosocial perspectives and the development of innovative treatment techniques.

CONSIDERAȚII PRIVIND RELAȚIA FAMILIE —LSM ÎN RECUPERAREA BOLNAVULUI PSIHIC

P. Boișteanu, V. Chiriță, Virginia Marinescu, M. T. Lăudat

Institutul de Medicină și Farmacie Iași, Clinica de Psihiatrie
Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

PARALEL CU ASISTENȚA PSIHIATRICĂ DE TIP CLASIC, ÎN condițiile actuale de progres se dezvoltă tot mai evident și asistența extraspitalicească cu diversele sale modalități organizatorice, ce cointeresează atît rețeaua medico-sanitară cît și instituțiile care concură la dezvoltarea armonioasă a personalității. (2)

În condițiile în care bolnavul psihic necesită adeseori o readaptare și reinserare socială se delimitează tot mai pregnant conținutul psihiatriei sociale cu interrelațiile sale complexe privind sănătatea mintală a întregii populații, inclusiv asanarea prejudecăților reziduale despre bolnavul psihic.

Spitalele clasice și-au deschis porțile și expresia „open doors" exprimă această practică de circulație liberă a bolnavilor și a aparținatorilor către spitalul de psihiatrie în care familia intervine ea însăși ca modul terapeutic și în afara spitalului spre constelația de microgrup familial în acțiune în sensul reabilitării, reintegrării și reinserției familiale și socio-profesionale sau instructiv educative a bolnavului psihic (2).

Asistența psihiatrică extraspitalicească, care formează o unitate funcțională cu spitalul presupune existența unui Laborator de Sănătate Mintală, care printre altele, constituie în același timp și locul de întîlnire al pacientului aflat în asistență ambulatorie activă cu medicul său curant din secția unde a fost tratat, situațiile dificile de inserție socio-familială constituind subiect de analiză al întregii echipe inter-disciplinare de lucru (3). Realizarea în echipă interdisciplinară a obiectivelor privind reintegrarea în societate a bonavului psihic reclamă cunoașterea amănunțită a pacientului ca și a constelației sale de mediu familial, instructiv-educativ și socio-profesional de către toți membrii echipei, cu elaborarea diferențiată a metodelor de asistență pentru fiecare caz în parte.

Ca o etapă necesară și obligatorie în aplicarea măsurilor recuperatorii biologice, psihologice și sociale apare implicarea simultană a familiei, a microgrupului social. În acest sens se urmărește creșterea toleranței și permeabilității microgrupului familial față de bolnavul psihic, dez-

voltarea unor atitudini favorabile care să permită edificarea unui climat ideativ și afectiv capabil să dezvolte un comportament autentic și stimulativ în reorganizarea psihismului bolnavului, a dezvoltării autonomiei sale și a mobilizării resurselor restante, în vederea amplificării posibilităților sale adaptative. Prin intermediul grupului familial se va stimula dezvoltarea activității ocupaționale pentru bolnavii cu evoluție prelungită, ca și activitățile de joc sau instructiv-educative pentru copii. Dimpreună cu familia, grupul terapeutic interdisciplinar, în raport de evoluția și particularitățile fiecărui bolnav va stimula integrarea acestuia în activitate prin intermediul atelierelor terapeutice de readaptare prin muncă la muncă (5).

Raportîndu-se la copii și adolescenți, terapia extraspitalicească a familiei se va conecta cu acțiunile psiho-pedagogice și de psihoterapie a microgrupului instructiv-educativ, în vederea realizării acțiunilor de modelare sau remodelare psiho-pedagogică a bolnavilor și de orientare și calificare profesională care să permită integrarea lor socială.

Ci/ndu-l pe Bastide — 1965 — care arată că „insul nu există în afara societății, că personalitatea nu se formează decît prin grupuri și în grupuri, putem afirma că psihoterapia de familie, considerată ca ramură a psihoterapiei de grup constituie expresia practică a psihologiei sociale care realizează astăzi saltul de la psihologia omului singur la psihologia omului în grup, în primul rînd în ambianța familiei“ (4).

Studiile psihologice și observația empirică atestă faptul că indiferent de natura sa, grupul conferă membrilor săi o comuniune afectivă și o adeziune ideativă, de aici rezultînd forța psihologică proprie unității familiale (6). Psihoterapia în familie realizează condițiile unui grup restrîns, închis și eterogen, avînd avantajele și neajunsurile acestui model psihoterapeutic. Observațiile asupra familiilor care au un bolnav în dispensarizarea L.S.M.-ului, au relevat faptul că membrii grupului familial sînt preocupați în general de o problemă unică, dominantă, spre deosebire de grupul obișnuit în care fiecare are o problemă dominantă.

Reabilitarea bolnavului psihic necesită un mediu și o atitudine securizantă din partea celor din jur, încît el să-și poată revalida capacitățile psihomotorii și aptitudinile anterioare (1).

Menținerea unor prejudecăți asupra posibilităților de reinserție socio-profesionale ale bolnavului psihic impune cu pregnanță o colaborare armonioasă între echipa interdisciplinară din L.S.M. și familie. În acest sens psihoterapia familiei primește un nou conținut doar atunci cînd este orientată asupra familiei, avînd în centrul atenției și terapiei nu numai bolnavul, ci tot grupul familial. Această terapie, prin evaluarea climatului psihologic al familiei are o semnificație deosebită atît în cercetarea relațiilor intrafamiliale, cît și a stabilirii așa numitului „diagnostic de familie“.

În general, obiectul principal al psihoterapiei familiei nu îl prezintă familia bolnavului ci rolul și statutul bolnavului în familie. O latură importantă a psihoterapiei familiei se referă la atitudinea familiei față de boală și tratament, la înțelegerea stării bolnavului și a posibili-

tăţilor sale restante, precum și la modificarea vieţii psihice și a relaţiilor intrafamiliale determinate de îmbolnăvirea unuia din membri.

Urmărirea pe teren, de către membrii echipei interdisciplinare a L.S.M., a unor familii avînd un bolnav psihic, în structura sa, a relevat următoarele tipuri de reacţie din partea familiei :

— obiecţii asupra formelor de discuţie comune sau a discutării problemelor familiale cu medicul ;
— reticenţă sau tăcere ;
— iritare sau atitudine agresivă faţă de părerile psihoterapeutului :
— negarea factorilor discutaţi ;
— înţelegerea prematură a medicului și ocolirea întrebărilor puse în discuţie.

Această orientare predilectă asupra bolnavului primar, care urmărește producerea unui model armonios de forţe emoţionale, deosebește psihoterapia familiei faţă de psihoterapia grupurilor nonfamiliale, în care atenţia este îndreptată în mod difuz asupra membrilor grupului și în special asupra relaţiilor dintre ei.

Psihoterapia familială, prin favorizarea catarsisului, destrămarea și ștergerea tensiunilor și a conflictelor, va putea crea fundalul lipsit de anxietate și ostilitate care va permite găsirea unor forme acceptabile și adecvate de comunicare între toţi membrii familiei, astfel că prin intermediul grupului terapeut dirijat de Laboratoarele de Sănătate Mintală în teren, poziţia familiei se modifică într-o direcţie favorabilă bolnavului și sistemului internaţional familial.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Baron M., Gruen K., Asnis L., Kane J. : Amer. J. Psychiatr., 1983, 140, nr. 11, pp. 1437—1442.
2. Brânzei P. :*Itinerar psihiatric*, Edit. Junimea, Iași, 1979.
3. Brânzei P., Sîrbu Aurelia, Boișteanu P., Chiriță V. : *Psihiatrie*, E.D.P., București, 1981.
4. Murphy H. B. M. : *Comparative psychiatry*, Berlin, 1982.
5. Predescu V. : *Psihiatrie*, Edit. Medicală, București, 1976.
6. Ramsay R. A., Engelsmann F. : Psychother. Psychosom., 1983, 40, nr. 1—4, pp. 148—157.

CONSIDERATIONS REGARDING THE RELATION FAMILY — M.H.L. IN RECUPERATION OF PSYCHIC PACIENT

Summary

Under the conditions in which the psychic pacient needs often a re-adaptation and social re-insertion more and more evidently is delimited the content of social psychiatry with its complex interrelations regarding the mental health of population, including the avoidance of residual prejudices about the mental pacient.

The authors underline the important role of the Mental Health Laboratory which interferes as a therapeutic module to the constellation of acting family micro-group in the sense of rehabilitation, re-integration and family re-integration as well as in the socio-professional and educative processes of the psychic pacient.

SERVICIUL DE ZI ÎN CADRUL SPITALULUI DE PSIHIATRIE — CONCEPT-METODĂ-REZULTATE

Maria Cuțu, P. Boișteanu, V. Chiriță

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași
Institutul de Medicină și Farmacie Iași, Clinica de Psihiatrie

ORIENTAREA MODERNĂ A PSIHIATRIEI PROMOVEAZĂ ALĂTURI de formele clasice de asistență și modalitatea asistenței semiambulatorii sub forma staționarului de zi (2, 5). Această formă de asistență medicală este strîns legată de dezvoltarea psihiatriei sociale și de problematica pe care o ridică (3, 4). Necesitatea readaptării și reinserției sociale a bolnavului psihic ce nu putea fi rezolvată de asistența spitalicească, a condus la necesitatea dezvoltării asistenței extraspitalicești sub diverse modalități organizatorice, de exemplu formula spitalizării parțiale sub forma spitalelor de zi (1, 6). Concepția care a stat la baza înființării acestei modalități de asistență era corespunzătoare evoluției organizatorice a psihiatriei în mai multe centre și școli din străinătate în primele decenii ale secolului nostru (sovietică, franceză, germană) fără a se fi conturat totuși un consens unanim asupra utilității acestei noi forme de asistență metodologică și fără a se fi acumulat experiența necesară.

Înființat în februarie 1971, serviciul denumit staționar de zi a Spitalului Socola, a avut pentru început un caracter medico-organizatoric experimental fiind obiectivat pe două criterii principale :

1. menținerea bolnavului psihic în mediul ambiant socio-familial și totodată observarea sa cotidiană în timpul spitalizării ;

2. evitarea oricărui consens restrictiv, bolnavul beneficiind de un tratament complex chimio, psiho, ergo și socio-terapic precum și de observație clinică în condiții de totală detașare de programul chiar minimal impus de orice spitalizare obișnuită.

Pornind de la acest cadru organizatoric foarte restrîns s-a structurat în cadrul spitalului un serviciu de zi, experimentul întreprins atestînd ipoteza că în acest gen de condiții terapeutice un număr de 40—50 bolnavi beneficiază de rezultate pozitive evidente atît pe planul restructurărilor psihice propriu-zis cît și pe cel al recuperării capacității de activitate. În sensul afirmațiilor noastre pledează evoluția progresivă a numărului de bolnavi incluși în noul sistem terapeutic și coeficientul de stabilizare al parametrilor psihologici ai personalității și capacitatea de integrare în familie și societate a bolnavilor asistați. Dacă în 1971 în 10 luni de funcționare au fost îngrijiți 372 bolnavi, în prezent sînt asistați peste 800 bolnavi.

Experienţa acumulată în primii ani de existenţă ai serviciului de zi a conturat ideea dominantă care s-a accentuat pe parcursul activităţii noastre că experimentul întreprins este nu numai util dar şi necesar, după o perioadă de neîncredere şi chiar opoziţie bolnavii admit şi solicită această formulă de spitalizare. La acest fapt, care trebuie considerat în general sub aspectul său strict psihologic evident cu variantele legate de structura personalităţii şi de tipul afecţiunii, a contribuit în mod determinant şi faptul că echipa de lucru a serviciului de zi a rămas neschimbată : un medic, 4 asistente şi 2 infirmiere cu care bolnavii au contactat relaţii sintonice în aşa măsură încît adresabilitatea exprimată în cifrele menţionate anterior nu explică decît parţial acest fapt, bolnavii şi familiile lor apelînd în repetate rînduri la asistenţa noastră în perioadele în care se aflau în diverse situaţii de dificultate fără a necesita totuşi internarea.

În aceste condiţii continuarea acţiunii s-a impus iar cadrul experimental iniţial s-a conturat într-un cadru organizatoric bine consolidat, omogen, cu activitate zilnică construită pe criterii de orar precis repartizată în 3 diferite etape.

1. consult şi examen în care timp se modula terapia după caz şi evoluţii ;
2. program de ergoterapie diferenţiat în funcţie de nivel cultural, capacitate, aptitudini şi apetit individual ;
3. conturarea unei acţiuni de tip „club social" prin încurajarea antrenării unor grupuri de bolnavi în categorii prieteneşti vizînd sporirea capacităţii de recuperare socială şi psihologică a personalităţii afectate.

Triajul bolnavilor după experienţa noastră nu se face în funcţie de diagnostic ci se ţine seama de starea psihică a pacientului în momentul internării. În acest sens apreciem că în raport de forma clinică şi de stadiul respectiv de evoluţie a bolii psihice fiecare grupă nosologică poate benficia de tratament în serviciul de zi : psihopaţii, epileptici, nevroticii şi psihozele remise în care starea de defect o permite beneficiază în mare măsură de această formă de asistenţă medicală semiambulatorie. În general s-a evitat internarea psihozelor acute, depresiilor severe sau bufeelor delirante care necesită spitalizare totală. Psihozelor discordante, alcoolismul cronic, deliranţii cronici, nevrozele, psihopatiile, oligofrenia şi epilepsia au beneficiat de tratament cu bune rezultate în acest serviciu.

Se impune ca o necesitate utilă şi obligatorie o legătură permanentă între spital şi staţionarul de zi pentru ca circuitul bolnavului în raport de starea sa psihică să poată beneficia periodic de o formă sau alta de tratament. Prin colaborarea cu Laboratorul de sănătate mintală prin asistentele de teren se menţine legătura cu familia bolnavului, cu medicul de circumscripţie teritorială, cu locul de muncă şi medicul instituţiei.

Parcurgînd analitic activitatea desfăşurată în serviciul de zi al spitalului se pot formula următoarele concluzii : 1. sistemul de asistenţă psihiatrică de zi practicat în spiritul metodologiei noastre a fost eficient din punct de vedere terapeutic şi a demonstrat resurse de recuperare psihologică la o categorie mare de bolnavi, ducînd în acest mod la

descongestionarea paturilor din spital ; 2. activitatea serviciului de zi permite psihiatrului o mai amplă și variată observare a bolnavului care este înregistrat atît sub unghiul existenței sale în boală cît și sub acela al existenței sale în familie și societate ; 3. considerăm că din punct de vedere al costului de spitalizare și al cifrelor economice în general, spitalizarea de zi constituie un avantaj, cheltuielile necesare pentru îngrijirea bolnavului fiind mult mai reduse. Menționăm de asemeni beneficiile ce se pot obține prin valorificarea produselor obținute din activitatea ergoterapică.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Anderson C.M., Bell J.E., Bruggen P. : *The psychiatric hospital and the family,* Laucaster, 1982, p. 341.
2 Bollea G. : Acta paedopsychiatr., 1983, 49, nr. 3/4, pp. 101—108.
3 Desjardins J.J. : Rev. Neuropsychiatr. infant., 1983, 31, Nr. 10, pp. 461—469.
4. Frommer E.H. : Acta paedopsychiatr., 1983, 49, nr. 3/4, pp. 141—148.
5. Fichter M. M., Weyerer S., Wittchen H. V., Dilling H. : Arch. Psychiatr. Nervenkr., 1983, 233, nr. 1, pp. 39—57.
6. Gorgos C. : *Vademecum în psihiatrie,* Edit. Medicală, București, 1985.

DAY-SERVICE WITHIN PSYCHIATRIC HOSPITAL — CONCEPT — METHODS — RESULTS

Summary

Modern orientation of psychiatry promotes besides the classical forms of care delivery the modality of semi-ambulatory care under the form of day-service in which the occupational activity, socio-therapy and ergotherapy appear as modalities of medico-social care in the conditions of maintenance of the pacient in his socio-family environment.

The paper gives medical, psychological and economic arguments on the basis of the experience acummulated since 1971 until nowadays within the day-service of „Socola" Psychiatric Hospital in Iași.

PARTICULARITĂȚI ȘI EFICIENȚĂ ÎN ASISTENȚA EXTRASPITALICEASCĂ DISCONTINUĂ A BOLNAVULUI SCHIZOFREN

Carmen Miler, V. Chiriță, P. Boișteanu

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași
Institutul de Medicină și Farmacie Iași, Clinica de Psihiatrie

SCHIZOFRENIA RĂMÎNE UNA DIN BOLILE CU STATUT DE PRIORITATE în cercetarea psihiatrică datorită atît morbidității relativ ridicate, cît și potențialului ei de evoluție spre cronicizare (5, 8). Etiopatogeneza, încă obscură, cu multe semne de întrebare și incertitudini a întîrziat nu numai închegarea unui concept teoretic unitar, ci și „etalonarea" unei metodologii terapeutice corespunzătoare.

Ultimele decenii, aduc cîteva clarificări și discuții noi de cercetare, în special enzimologice, dar și sociologice, care privite și interpretate într-un context larg, tridimensional, bio-psiho-social, par să ofere argumente necesare înțelegerii mecanismelor complete ale bolii. Pînă la atingerea acestui obiectiv practica psihiatrică a beneficiat de unele progrese realizate în terapeutică (3). Cura insulinică, terapia electroconvulsivantă, dar mai ales psihotropele, au reprezentat o veritabilă placă turnantă ce a schimbat radical modul de înțelegere al bolnavului și concepția organizatorică de asistență. Influențînd spectaculos tabloul clinic, s-au deschis largi posibilități și altor forme de tratament, înainte greu accesibile și puțin eficiente. Este cazul psihoterapiei și socioterapiei care în cele mai variate tehnici și-au înzecit eficiența lărgindu-și implicit adresabilitatea (6). Pentru prima dată se crează posibilitatea schimbării radicale a modelului azilar de asistență într-unul nou, cu adevărat deschis, care readuce bolnavul — în plin travaliu terapeutic — în mediul său social (7).

Veriga principală care asigură legătura funcțională a întregului sistem organizatoric de instituții specializate este reprezentată de unitatea de asistență extraspitalicească (10), fie că este vorba de dispensarele psihoneurologice ca în U.R.S.S. și Bulgaria, fie de serviciile de sănătate mintală ca în Anglia și alte țări apusene și nordice, de dispensarul de igienă mintală din Belgia, de centrul de sănătate mintală din S.U.A., Elveția, laboratoarele de sănătate mintală și dispensarele policlinici din țara noastră.

Laboratorul de sănătate mintală a apărut ca o necesitate de prelungire a contactului direct cu bolnavul psihic, cît și din dorința de a avea posibilitatea realizării unor măsuri profilactice și de recuperare (9), jucînd rolul unui dublu filtru activ în orientarea bolnavului psihic, prin promovarea unor acțiuni de asistență psihiatrică care să permită bolnavilor să trăiască în afara spitalului. Metoda organizatorică de bază utilizată în Laboratorul de sănătate mintală Iași este cea a dispensarizării (supravegherii active) pe plan complex medico-psiho-social, îmbinînd în mod armonios și diferențiat terapia medicamentoasă cu psihoterapia familiei și socioterapia (1, 2). Bolnavul schizofren externat din spital este preluat prin intermediul asistenței sociale și dirijat la nivel de laborator în scopul aplicării consecvente a planurilor terapeutice de recuperare. Colectivul medical heterogen în compoziție, întărit cu psihologi, asistente sociale și medicale pe baza anchetelor sociale, examenelor psihologice și sociologice de microgrup, elaborează un plan de măsuri concrete, individualizat diferențiat prin care asigură tratamentul necesar, inclusiv controlul eficienței prin convocarea bolnavilor în laborator sau prin vizite periodice la domiciliul bolnavilor.

În prezenta comunicare nu dorim decît să notăm și să comentăm cîteva din rezultatele obținute care ni s-au părut de oarecare interes mai general. Astfel, au fost urmăriți un număr de 334 bolnavi schizofreni dispensarizați în ultimii 5 ani, constatîndu-se că morbiditatea este mai mare între 17—33 ani (peste 70%), deci afectează perioada de viață a adultului tînăr. În felul acesta boala, cînd nu este corect tratată poate implica fie dezvoltarea, fie realizarea socio-profesională și familială a individului — motiv în plus pentru depistare precoce și tratament activ si susținut de la început. Din punct de vedere clinic, forma paranoidă este cea mai frecventă (65% cazuri) apoi urmează în ordine descrescîndă forma simplă, hebefreno-catatonică și grefată.

Din totalul bolnavilor, aproape jumătate (45%) sînt cronicizați, cu o evoluție de peste 10 ani, fenomen explicat — credem noi — prin imposibilitatea surprinderii precoce în totalitate a debutului schizofreniei, precum și a ratei naturale de eșec și cronicizare. Se știe că în unele cazuri insuficiența tratamentului — prin frecvente întreruperi — abuz de alcool și alți factori favorizează evoluția spre cronicizare.

Din punct de vedere al tratamentului à la longue, s-au administrat psihotrope în doze de întreținere cu intensificarea psihoterapiei de familie. În cadrul curei de întreținere am obținut o eficiență terapeutică bună cu medicația depôt (Moditen, Modecate, Fluanxol, Prolixin) în ceea ce privește menținerea stării de remisie clinică cît și a integrării socio-profesionale. Tratamentul nu s-a rezumat la administrarea psihotropelor, ci a inclus diferite tehnici psihoterapice și de terapie ocupațională. Experiența combinării psihofarmacologie-psihoterapie de familie este susceptibilă de a produce modificări în evoluția intercritică a pacientului, în starea reziduală, dar mai ales sub aspectul relațiilor interpersonale și reintegrării sociale, zone în care eficiența terapiei neuroleptice este discretă și nespecifică.

Dimpreună cu familia, grupul terapeutic interdisciplinar în raport de evoluţia şi particularităţile fiecărui bolnav stimulează integrarea acestuia în activitate, eventual la început „protejat", conducînd la creşterea posibilităţilor de recuperare.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Brânzei P., Sîrbu Aurelia : *Psihiatrie*, E.D.P., Bucureşti, 1981.
2. Chiriţă V. : *Relaţiile medico-sociale ale psihiatriei prin intermediul serviciilor extraspitaliceşti*, Teză de doctorat, I.M.F. Iaşi, 1983.
3. Davis J.M. : Comprehensive Textbook of Psychiatry III, H.I. Kaplan, A.M. Freedman, B.J. Sadock (ed) Williams-Wilkins, New York, 1980, vol. 3, pp. 2257—2290.
4. Gorgos C. : *Vademecum în psihiatrie*. Edit. Medicală, Bucureşti, 1985.
5. Lăpuşan I., Meiu Gh., Cortez P. : Comunicare la a III-a Conferinţă de psihiatrie, Bucureşti, 1974.
6. Marder S. : Family Therapy and Major Psychopathology, M. R. Lansky (ed.), Grune and Strattm, New York, 1981, pp. 359—375.
7. Pirozynski T., Scripcaru Gh., Pirozynski Miarka, Hrimiuc V. : *Viitorul psihiatriei*, „Socola", Iaşi, 1980, p. 583.
8. Predescu V., Enăchescu C., Ciureza T. : A III-a Conferinţă de psihiatrie, Bucureşti, 1974.
9. Şelaru M. : *Psihoterapia integratoare*, „Socola", Iaşi, 1976, p. 64.
10. ★ ★ ★ La planification des services de santé mentale, OMS, Copenhague, 1969.

PECULIARITIES AND EFFICIENCY IN DISCONTINUOUS OUT-HOSPITAL CARE DELIVERY OF SCHIZOPHRENIC PACIENT

Summary

In this paper are presented some of the main principles of therapy, re-adaptation and socio-professional re-integration of schizophrenic pacients.

Chemio-therapy proved its efficiency in the control of symptomatology and the relative prevention of recurrence.

The interaction between psychothrope therapy and family psychotherapy is additionally achieved, the two therapeutic methods reciprocally facilitating their actions and enabling their effects.

The speciality care delivery out of hospital based on day services ensures the application of all forms of psycho-prophilaxy of life conditions and work by early depiction and treatment as well as protection of schizophrenic pacient up to his re-adaptation and socio-professional re-integration.

DATE PRIVIND EXPERIENȚA L. S. M. BACĂU ÎN ASISTENȚA PSIHIATRICĂ

**G. Zichil, I. Turcu, L. Ștefănescu,
Elena Ditcu, Adriana Cucu, V. Chiriță**

Spitalul Județean Bacău
Institutul de Medicină și Farmacie Iași
Clinica de Psihiatrie

ÎNFIINȚAREA LABORATORULUI DE SĂNĂTATE MINTALĂ (L.S.M.) din municipiul Bacău a corespuns cu cea a secției de psihiatrie, răspunzînd atît cerințelor de profilaxie a bolii psihice, cît și necesității de ameliorare a stării de sănătate mintală din teritoriu. Beneficiind încă de la început de sprijinul metodologic al Clinicii de psihiatrie „Socola" Iași, L.S.M. și-a dezvoltat permanent atribuțiile și orientările sale, punînd un accent deosebit pe latura profilactică (1, 2, 4, 5, 7).

Obiectivul fundamental a constat în instituirea precoce, în timp util, a tuturor măsurilor medical-biologice și psihosociologice pentru realizarea deziderатului readaptării și integrării bolnavului psihic în activitatea socio-profesională și în familie (6). Pentru atingerea acestui scop, L.S.M. a acordat o deosebită importanță dispensarizării, care s-a realizat în etape, începînd cu preluarea bolnavilor psihici la externarea din secția de psihiatrie a spitalului județean, a celor care împlinind vîrsta au fost transferați de la L.S.M. copii, a tuturor bolnavilor psihici care au fost internați în alte spitale și care domiciliază în teritoriul arondat. Dispensarizarea s-a făcut în mod activ de către echipa interdisciplinară (psihiatru, psiholog, medic de medicină generală, cadre medii) și s-a realizat permanent prin prezentarea la tratament a bolnavului psihic și efectuarea periodică a anchetelor sociale avînd drept scop surprinderea în evoluție a adaptării la locul de muncă și în familie. Faptul că 73,1% din bolnavii psihici dispensarizați se prezintă lunar, și din proprie inițiativă, la sediul L.S.M., constituie o mărturie că între aceștia și instituție s-a realizat o legătură stabilă și propice scopului propus.

Analiza structurii bolnavilor psihici dispensarizați arată că 53,8% sînt din mediul urban și 46,2% din mediul rural, cu specificația că din aceștia din urmă 63,4% fac naveta locuind în zonele suburbane. În raport de profesie, 34,3% sînt muncitori, 34,5% pensionari (de vîrstă, gradul II și III), 7,5% sînt funcționari, 7,6% sînt agricultori iar 16,1% sînt fără ocupație datorită debutului precoce al bolii. După starea civilă 49,3% sînt căsătoriți, 40,3% sînt necăsătoriți și 9,8% sînt văduvi sau divorțați. În ceea ce privește vîrsta se constată că majoritatea celor dispensarizați se distribuie în grupele de vîrstă active și anume: 29,5% au între 21—30 ani, 19,4% între 31—40 ani, 24,3% între 41—50 ani și numai 3,1% depășesc 60 de ani. Distribuția în funcție de diagnostic relevă preocuparea specialiștilor

din L.S.M. de a dispensariza bolile psihice cu potențial crescut de invalidare și anume : 40,4% schizofrenie, 19,4% epilepsie cu tulburări psihice, 15,9% P.M D., restul afecțiunilor (psihopatie, oligofrenie, etilism cronic, nevroze) variind între 8,3% și 0,3%.

Un alt obiectiv deosebit de important care a stat în atenția specialiștilor din L.S.M. a fost psihoprofilaxia bazată pe studierea factorilor de risc în demodulările psihice marginale. Dacă la început atenția s-a orientat spre adoptarea și adaptarea unor criterii metodologice, ulterior au fost realizate studii pe problematici complexe, pe loturi reprezentative (aleatorii, stratificate după diferite criterii), utilizînd și metode care reclamă un efort deosebit din partea echipei de lucru și anume screening-ul.

În acțiunile de teren care au avut drept scop evidențierea și studierea factorilor de risc în tulburările psihice, atenția echipei L.S.M. s-a orientat preponderent spre mediul industrial. În acest sens s-a urmărit rolul și importanța factorilor de risc de microclimat (zgomot, noxe fizice și chimice, suprasolicitări, relații interpersonale și de grup), a structurii demografice, a particularităților procesului de producție, în generarea unor fenomenologii psihice de inadaptare. Datele rezultate din studiile efectuate conduc la concluzia că noxele poluante din microclimat, relațiile interpersonale defectuoase din microgrupul productiv constituie factori de risc. Sumarea lor, atunci cînd se suprapun pe o structură de personalitate premorbidă poate duce la instalarea unor tulburări psihice marginale. Astfel, examinarea completă a personalității premorbide, în condiții de risc adaptativ, evidențiază tulburări psihice la limită cu normalitatea după cum urmează : 10,2% sindroame nevrotice, 41,1% sindroame nevrotiforme în context somatogen și 5,2% nevroze.

În acțiunea de identificare a factorilor de risc echipa L.S.M. a avut în vedere și alte tipuri de activitate umană. Astfel, preocuparea pentru problematica sănătății mintale în mediul studențesc a condus la cunoașterea epidemiologiei îmbolnăvirilor psihice în dinamica anilor de studiu și de profil de facultate, la evidențierea factorilor de risc și a cauzelor de eșec adaptativ, dar totodată și la o estimare, aplicare și dezvoltare programatică a posibilităților de rezolvare profilactico-curativă a patologiei psihice. În aceeași direcție s-au efectuat acțiuni profilactice în licee teoretice și industriale, școli de reeducare și școli ajutătoare (2, 3).

Prin activitatea profilactică și de identificare a factorilor de risc în demodulările psihice s-au urmărit și realizat următoarele obiective :

1. Cunoașterea caracteristicilor socio-demografice, medico-biologice și psihologice ale populației din teritoriu și rolul lor în demodulările psihice.

2. Studierea mediilor de muncă și a ambianței, atît în mod obiectiv cît și subiectiv, prin prisma conștientizării trăirilor individuale, în scopul unor analize diferențiate a cauzelor de risc și eșec adaptativ.

3. Depistarea și dispensarizarea bolilor psihice marginale și a structurilor de personalitate premorbidă, în scopul instituirii măsurilor psihoprofilactice.

Factorii de risc investigați și identificați de echipa interdisciplinară a L.S.M. au constituit puncte de plecare în alcătuirea unor programe de sănătate mintală, acțiuni de psihoigienă în colaborare cu rețeaua de medicină generală și organismele comunitare.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Brânzei P. : *Itinerar psihiatric*, Edit. Junimea, Iași, 1979.
2. Chiriță V. : *Relațiile medico-sociale ale psihiatriei prin intermediul serviciilor extraspitalicești*, Teză de doctorat, I.M.F., Iași, 1983.
3. Chiriță V., Turcu I. : *Viitorul psihiatriei*, „Socola", Iași, 1980, pp. 461—463.
4. Enăchescu C. : *Igiena mintală și recuperarea bolnavilor psihici*, Edit. Medicală, București, 1979.
5. Pirozynski T. : *Elemente de psihiatrie*, I.M.F., Iași, 1980.
6. Turcu I., Zichil G., Chiriță V., Marinescu G. : *Viitorul psihiatriei*, „Socola", Iași, 1980, pp. 804—805.
7. ★ ★ ★ *Clasification des activites des services de santé mental*, O.M.S., Copenhague, 1969.

DATA CONCERNING THE EXPERIENCE OF M.H.L. BACĂU IN PSYCHIATRIC CARE

Summary

The analysis carried out concerning the activity of the mental health laboratory in Bacău underlines the preocupations, action directions and the achievements scored by the mental health team in psychiatric aid towards the residents in the area.

Stress has been laid on the dispensary activity for the psychic pacients, the environmental research of risk factors in psychic inflections as well as other aspects of psychoprophylaxy.

CÎTEVA APRECIERI PRIVIND FACTORII CE INFLUENȚEAZĂ NEGATIV RECUPERAREA SCHIZOFRENULUI

S. Rindașu, T. Neamțu, I. Rușdea

Institutul de Medicină și Farmacie Cluj-Napoca
Clinica de Psihiatrie

ÎN ACTUALA ETAPĂ A DEZVOLTĂRII PSIHIATRIEI ȘI ÎN CONtextul progresului realizat în toate domeniile vieții sociale și economice, problema prognosticului și a recuperării unor boli psihice cu evoluție cronică este deosebit de acută (2, 4).

Travaliul recuperator în schizofrenie suscită un interes aparte. Aici, deși în ultimul timp progresele în domeniul depistării și tratamentului sînt remarcabile, persistă o serie de factori care grevează buna reinserție socială și profesională (1, 3, 5).

Într-o sumară sinteză creionăm acele posibile obstacole pe care psihiatrul se vede nevoit să le surmonteze — în mare, obstacolele incriminate se pot grupa în trei categorii :

a) medicale, pendinte de boală și bolnav ;

b) diagnostice și terapeutice, depinzînd de medic ;

c) psiho-sociale, adică raportate la condițiile ambientale familiale, profesionale și general-sociale în care se construiește și se consolidează reabilitarea și resocializarea.

În prima categorie (a) se integrează *forma clinică* a schizofreniei, confirmîndu-se în linii generale observația că formele simple, grefate și hebefrenice sînt mai greu influențate de tratament. *Debutul* lent, insidios, trenant și torpid poate constitui și el un factor potențial mai puțin favorabil unei evoluții bune. *Asocierea morbidă,* în special cu *alcoolismul,* atestă un prognostic rezervat, de importanță deosebită în condițiile în care se constată creșterea numărului de schizofreni consumatori de băuturi spirtoase diferite. *Personalitatea premorbidă* (biopsihotipul) are un rol însemnat în desfășurarea bolii. Mulți psihiatri recunosc în personalitatea schizotimă un factor nefavorabil în evoluția bolii. În raport cu personalitatea bolnavului apreciem și capacitatea de reacție psihologică și fiziologică, nu numai față de boală, ci și față de tratament. Se remarcă astfel bolnavi cu receptivitate modificată la neuroleptice, fie în sensul unei minime toleranțe și maxime manifestări adverse secundare, ce impietează serios conduita terapeutică, fie în sensul unei rezistențe puțin obișnuite la tratament, care de asemenea creează dificultăți. În fine, alteori constatăm — mai ales în cazurile îndelung tratate, scăderea răspunsului favorabil la psihotrope, care par să-și fi pierdut eficacitatea. Schimbarea medicației este, în aceste cazuri în general utilă.

Din a doua categorie (b) fac parte factorii ce depind de psihiatru și se referă la acuratețea diagnosticului și la complexul de măsuri terapeutice preconizate. Este adevărat că stabilirea diagnosticului și forma cli-

nică, mai ales în debut, are mare importanță, creînd prin ea însăși dificultăți. În spiritul celor afirmate, se cunosc astăzi îndoielile prin care trece psihiatrul în fixarea diagnosticului atunci cînd are în față forme de debut sau de stare, atipice, oligosimptomatice, mixte sau periodice. Conduita terapeutică este esențială. Ea certifică de fapt competența psihiatrului, dar și opțiunea acestuia față de numeroasele posibilități și scheme terapeutice oferite de psihiatria modernă. Nu este momentul să amănunțim problema, faptele fiind bine cunoscute. Ne mulțumim să subliniem însemnătatea : 1) alegerii medicamentului psihotrop în raport cu forma clinică a schizofreniei, 2) a duratei tratamentului (după OMS : 5 ani), 3) a ambianței psihosociale, care cîștigă mereu teren. De asemenea, de mare importanță este *momentul* și *modul* în care medicația psihotropă se asociază cu psihoterapia, întrucît aplicarea masivă a chimioterapiei, deși elimină excrescențele psihotice, reducînd durata spitalizării, nu rezolvă în profunzime și totalitate problemele bolnavului. Dimpotrivă, așa cum spune Benedetti, crează altele, desigur în afara spitalului, dar care nu-și găsesc soluții decît prin psihoterapie și socioterapie. Or, tocmai alegerea metodelor de tratament, a momentului intervenției, alternanța lor etc., sînt tot atîtea etape potențial dificile ce pun la încercare abilitatea psihiatrului.

Unele aspecte psihologice familiale și socio-culturale (c) completează lista factorilor cu potențial negativ. După părerea noastră, dificultatea majoră o întîlnim în cazurile familiilor schizofrenogene, în care întreaga ambianță, sistemul intercomunicării membrilor, relațiile grupului sînt nefavorabile și cu un ridicat nivel patoplastic. Practic, în aceste cazuri nu găsim înțelegerea și colaborarea necesară obținerii și păstrării unor rezultate bune. Dizarmonia familială, familia schismatică și interesele divergente, atitudinile ambivalente sau contradictorii, carențele afective, interpretările rigide, univoce, lipsite de suplețe, adesea cu minimalizarea sau scotomizarea realității clinice, sînt elemente de dificultate greu de depășit. Nu de puține ori, familia, deși sesizează modificarea morbidă, intuind gravitatea acesteia, temporizează prezentarea la medic, sub diverse pretexte : rușine, frica de a compromite viitorul profesional sau matrimonial al bolnavului, speranța că totul se va rezolva de la sine, prejudecăți religioase și chiar neîncredere în posibilitățile medicinei. Descurajant și creînd grave obstacole în recuperare este abandonul mascat sau declarat al familiei, care demisionează, rejectînd bolnavul, plasîndu-l în sarcina asigurărilor sociale, a azilelor de cronici, după insistențe și intervenții, inclusiv pe cale juridică — demne de o cauză mai bună.

Un alt element de mare dificultate, care obstrucționează recuperarea este atitudinea societății față de bolnavul psihic, în speță față de bolnavul schizofren. Trebuie să recunoaștem aici, deschis, că deși s-a făcut destul de mult pentru asigurarea unor condiții medico-sociale propice reabilitării schizofrenilor, încă mai bîntuie prejudecăți axate pe tema sau chiar ostilitatea față de ceea ce prezintă potențial statutul de bolnav schizofren. Rezerva este tacită, se citește în subsolul contextului social și se exprimă prin dorința de a veni cît mai puțin în contact cu bolnavul. Trecînd peste greutățile încadrării în muncă, atmosfera de neîncredere cu care bolnavul este întîmpinat nu de puține ori — alături de cerințele producției, — nu totdeauna pe măsura posibilităților

sale, concură la instalarea recidivelor, a evoluției trenante, izvorîte poate și din sentimenul incapacității și inutilității efortului depus.

Din aceste considerente (dar și din altele, care nu fac obiectul comunicării), se impune, după părerea noastră, regîndirea conceptului organizatoric-administrativ, care trebuie să ofere mai multe șanse sau posibilități reale de reîncadrare în activitatea productivă.

În această perspectivă, dificultățile recuperării vor scădea, sporind tot mai mult numărul, calitatea și durabilitatea remisiunilor, permițînd schizofrenilor — ceea ce noi psihiatrii dorim și sperăm — o viață normală în mijlocul familiei, a societății, și nu la periferia ei.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Cucu, C.I. : *Psihiatrie socială*, Edit. Litera, București, 1983.
2. Kendall, N. : *Companion T. O. Psychiatric Studies*, Edit. Churchill, Liwingstone, 1983.
3. Kerbikov O., Korkina M și colab. : *Psychiatrie*. Edit. Mir, Moscova, 1976.
4. Porot, A. : *Manuel Alphabétique de Psychiatrie*, Edit. P.U.F., Paris, 1975.
5. Predescu, V., și colab. : *Psihiatrie*, Edit. Medicală, București, 1976.

SOME OPINIONS ABOUT THE FACTORS NEGATIVELY IMPLIED IN RECOVERY IN SCHIZOPHRENIA

Summary

A longitudinal research of 591 schizophrenic pacients in active cure of M.H. Cluj-Napoca, shows 3 categories of factors negatively implied in recovery : 1) Medical factors depending upon the disease and pacient (the clinic forms with a slow, insidious beginning, the premorbid personality, a loaded heredity, etc.) ; 2) Medical factors up to the doctor (the accuracy and precocity of diagnosis, the effectiveness of therapy, etc.) ; 3) Psiho-social factors (family rejection. cultural prejudices, lack of adequate jobs, etc.). According to all these considerations, fe think that it must be a change of the organizational and administrative measures, which must offer more real chances of recovery.

MODEL EXPERIMENTAL POLIFOCAL PRIVIND RECUPERAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ LA UN LOT DE BOLNAVI CU SCHIZOFRENIE

Sandra Constantinescu, Cătălina Tudose, Iolanda Mitrofan, Florica Mănoiu, Fănica Stăniloiu

Institutul de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă — București

PRIN ÎNFIINȚAREA ÎN CADRUL SECȚIEI N.P.S. A COMPARTIMENTULUI de Recuperare, în 1980, s-a oferit colectivului nostru de cercetători posibilitatea de a aborda problematica recuperării capacității de muncă a bolnavilor psihici cu invaliditate constituită sau iminentă (1, 3, 4). Acest pas a corespuns dezideratului de a depăși dimensiunea strict socioprofesională a tipului de recuperare efectuat pînă la acea dată prin depistarea cazurilor cu diagnostic funcțional și al capacității de muncă favorabil reîncadrării în muncă, în condițiile (re)orientării sau îndrumării profesionale corespunzătoare (2, 5).

Ne vom referi în lucrarea de față la metodologia de recuperare utilizată și la rezultatele obținute la bolnavii cu schizofrenie aflați în incapacitate de muncă.

1. *Selecționarea cazurilor* s-a efectuat pe baza unor criterii primare de apreciere a recuperabilității în concordanță cu posibilitățile noastre concrete de asistență : a) tabloul clinic transversal caracterizat de o simptomatologie reziduală/ defalcată, fără evolutivitate progredientă rapidă, apreciată prin relativa stabilizare în ultimele 3—6 luni ; b) vechimea debutului — de preferință sub 5 ani ; c) vîrsta — sub 35 de ani ; d) resurse intelectuale și culturale care să permită remodelarea personalității și a capacităților sale adaptative și de integrare socială ; e) asigurarea cooperării pacientului și a familiei, în perspectiva unei dispensarizări de lungă durată.

2. *Structura lotului.* Din totalul de 45 de subiecți, 80% au fost bărbați și 20% femei, cu vîrsta medie 28 de ani. Din punct de vedere clinic, prezentau *stări reziduale* caracterizate de astenie, distimie-apatie, instabilitate comportamentală, retracție socială, sau *stări defectuale* — psihasteniforme, hipotime, senzitive, sau instabil-explozive, cu marcată ineficiență a personalității. Investigarea climatului familial al acestor pacienți, în vederea precizării strategiei și a conținutului psihoterapiei de aplicat, a condus la rezultate concordante cu datele din literatură privind familia schizofrenogenă și determinarea handicapului de relaționare și de inserție/socială a subiecților. În ceea ce privește situația socioprofesională, se remarcă : statutul general de celibat, prin obtuzitatea comportamentului sexual (numai 1/2 din bărbații cuprinși în lot aveau o oarecare experiență sexuală) ; nivelul de pregătire — predominent studii superioare sau medii „de necesitate" (stopate prin îmbolnăvire) ; ruta profesională intersectată de yro-

cesul schizofren la o vîrstă tînără, a condus la consecinţe majore asupra statutului socioprofesional al majorităţii bolnavilor, care nu au vocaţie la pensie şi nici nu pot presta activitate productivă stabilă.

3. *Strategia programului de recuperare a capacităţii de muncă.* Ţinînd cont de faptul că redobîndirea capacităţii de muncă constituie nivelul optim de recuperare, s-a pornit de la evaluarea tuturor obiectivelor subsidiare ale acesteia :

— frînarea chimioterapică a evolutivităţii simptomatologiei prin individualizarea schemei tratamentului de întreţinere ;

— psihodiagnoza şi remodelarea personalităţii în sensul ameliorării contactului cu realitatea şi cu grupul familial şi social, realizate prin psihoterapia de grup, familială şi de contact cu echipa ;

— valorizarea psihologică a restantului productiv al bolnavului, lărgirea sferei lui de preocupări, prin terapie ocupaţională (cu feed-back psihoterapic prin utilizarea valenţelor proiectiv-catartice şi de sublimare ale artterapiei în cursul terapiei de grup şi individuale, de unde necesitatea supervizării conţinutului terapiei ocupaţionale din perspectiva psihoterapică) ;

— depistarea modalităţilor de valorificare profesională optimă a potenţialului productiv al pacientului, în vederea (re)orientării sau îndrumării lui profesionale ;

— facilitarea inserţiei socioprofesionale prin plasarea în muncă şi ameliorarea paralelă a receptivităţii şi a toleranţei stimulative a grupului profesional faţă de subiect, realizate prin intervenţia activă a sociologului şi a asistenţei sociale ;

— ghidarea adaptării şi sesizarea promptă a dificultăţilor, în cursul dispensarizării de cursă lungă (cu eventuale reintervenţii sociale, adaptarea tematică a psihoterapiei, corectarea schemei terapeutice, reinternare, reexpertizare).

4. *Rezultate.* Programul de recuperare a fost instituit în momente intermediare episoadelor acute ale procesului schizofren şi a avut o durată activă minimă de 4 luni, utilizînd regimul intraspitalicesc, urmat de (semi)ambulator, modulat după dorinţa şi efectul asupra bolnavului. S-a efectuat tratament neuroleptic de întreţinere, asociat, după caz, cu medicaţie ortotimizantă. În paralel s-a desfăşurat psihoterapia de grup, în şedinţe săptămînale şi terapia ocupaţională, în ritm zilnic, dar liber ales. Terapia de grup a reunit un grup deschis, omogen, de 6—12 bolnavi, antrenaţi în tehnica discuţiilor libere, a jocului de rol psihodramatic, a confruntării şi corecţiei imaginilor interpersonale şi a patternurilor de comunicare, a stimulării participării assertive în grup, în scopul stimulării expresivităţii pacienţilor în comunicarea interpersonală. Abordarea familiei bolnavilor s-a izbit de mari dificultăţi de contact terapeutic, în cazuistica noastră, incidenţa rezistenţei ireductibile fiind la fel de mare cu cea a dezinteresării părinţilor. Acest fapt a fost luat în considerare compensator în psihoterapia subiecţilor. Artterapia prin expresie plas-

tică s-a efectuat cu cca. 25% din subiecți, producțiile lor făcînd ulterior obiectul discuțiilor psihoterapice și al expozițiilor amenajate în sala de psihoterapie.

Beneficiul terapeutic global cert s-a apreciat prin urmărirea curbei parametrilor care au caracterizat handicapul inițial : *conținutul gîndirii, calitatea comunicării, inițiativa, aspectele calitative și cantitative ale activității, calitatea relațiilor interpersonale, gradul de dependență (subordonare) familială, eficiența globală a personalității, critica față de tulburările psihopatologice, auto și heteropercepția.* Aprecierea clinică pozitivă a beneficiului, realizată la 71% din cazuri, a orientat programul recuperator spre sfera de acțiune socioprofesională, începînd cu investigarea problematicii de îndrumare — orientare profesională. La pacienții cu pregătire superioară (33% din grupul cu efecte pozitive) s-au formulat contraindicații privind activitatea în învățămînt, desfășurarea activității pe locuri de muncă cu grad înalt de responsabilitate profesională sau în condiții de dezrădăcinare incriminată în declanșarea și întreținerea bolii, astfel că numai la 8% din cazuri s-a putut preconiza reluarea activității pe vechile locuri de muncă. Pentru ceilalți au fost necesare intervenții deosebit de laborioase pentru plasarea în muncă (uneori la nivel ministerial). Cazurile cu calificare inferioară în condiții de studii medii (53% din grupul efectelor pozitive) au putut fi reîncadrate fără dificultăți deosebite. Pacienții necalificați și fără statut profesional anterior îmbolnăvirii au fost orientați profesional și încadrați pe posturi cu calificare la locul de muncă sau prin cursuri de scurtă durată (în cooperația meșteșugărească). 11,3% din efectivul lotului sînt preluați de cca. 6 luni, situîndu-se în prezent pe diferite trepte de recuperare. Un procent de 17,7% din bolnavii înscriși în lot reprezintă eșecuri, explicabile prin imposibilitatea stabilirii contactului prelungit cu cei din provincie.

Datele de catamneză relevă importanța dispensarizării în acțiunea de profilaxie secundară și limitele ei, exprimate prin manifestarea unei ciclicități a recăderilor, de intensitate subacută, cu reactivarea tratamentului pentru o perioadă de cca. două luni.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Boszormeny-Nagy J., Framo James, L. : *Terapia familiar intensivă*, Editorial Trillas, Mexico, 1976.
2. Constantinescu S. (resp.) : Sinteze ale lucrcrilor de cercetare, I.E.M.R.C.M., 1984, pp. 125—137.
3. Goldstein M. J. : *The psychotherapy of schizophrenia*, New York, Plenum Press, 1981.
4. Guyotat J., (ed) : *Psychotérapies Médicales* — Masson, Paris, 1976.
5. Mitrofan I., (resp.) : Sinteze ale lucrărilor de cercetare I.E.M.R.C.M., 1984, pp. 138—186.

COMPLEX EXPERIMENTAL MODEL FOR THE RECOVERY OF WORK CAPACITY IN A GROUP OF SCHIZOPHRENICS

Summary

The complex therapeutical model for the recovery of the work capacity of the schizophrenia suffering pacients was experimented with a 71% efficiency, in a group of 45 subjects, selected according to a primary recoverability criterion. The subsidiary targets of the rehabilitation programme were the following : braking the development of the symptomatology ; psychodiagnosis and personality remodeling for the improvment of the contact with reality and the sociolfamily enviroment ; psychological turning to account of the remaning producting capacity ; high evaluation of the best ways for the optimum utilization of work capacity ; facilities of professional integration ; adjustment guidance and prompt grasping of difficulties.

PROBLEME DE RESOCIALIZARE A UNUI LOT DE BOLNAVI SCHIZOFRENI

Alexandra Retezeanu

Institutul de Neurologie și Psihiatrie — București

MULTIPLELE ȘI VARIATELE METODE DE TRATAMENT DE CARE DISpunem astăzi în schizofrenie, au ca scop readaptarea și resocializarea bolnavului schizofren.

Studiul nostru a cuprins un lot de 130 de bolnavi schizofreni care au comis diverse acte anti-sociale în perioada 1967—1970 și care au fost urmăriți după externare pe o perioadă de 10 ani ; dintre acești 130 de bolnavi schizofreni, un număr de 19 au beneficiat de internări la Staționarul de zi (14,61%), 94 au rămas sub supravegherea și tratamentul dirijat al L.S.M.-urilor teritoriale (72,3%) și 17 proveneau din mediul rural (13,07%).

Avînd în vedere greutățile de adaptare ale bonavilor schizofreni este necesară o muncă în echipă, medic psihiatru—psiholog, ajutat de personalul mediu cu experiență.

După externare, cea mai mare parte a acestor bolnavi, preluați de Laboratoarele de Sănătate Mintală teritorială, au prezentat o incompletă ameliorare a stării mintale, care nu le-a permis o viață independentă, o reală resocializare, dar care era totuși suficientă pentru a justifica externarea și reinserția în sînul familiei.

Aici ar trebui să intervină mai activ rolul Laboratorului de Sănătate Mintală, dar pentru acest lucru este necesară o mai bună acoperire a nevoilor de asistență psihiatrică în condițiile arsenalului terapeutic modern. utilizarea unor metode complexe — psihoterapie, ergoterapie, meloterapie, socioterapie — care pot constitui mijloace eficiente pentru resocializarea bolnavului schizofren.

Medicul psihiatru, care asigură și consultațiile de la nivelul teritoriului, nu are însă timpul necesar să supravegheze și de la caz la caz să remanieze tratamentul neuroleptic, care în stadiul actual al psihiatriei trebuie socotit ca permanent, cît despre problema transferului pozitiv în cadrul relației medic-pacient, transfer atît de necesar în vederea acceptării de bună voie a acestui tratament și a încercării de reluare a unei activități pragmatice, nici nu poate fi vorba.

Nici menținerea legăturilor cu familia bolnavului, nici stabilirea într-o oarecare măsură a ecuației personale a fiecăruia dintre bolnavi, nu cred că este posibilă în condițiile de supraaglomerare ale serviciilor de sănătate mintală.

Din bolnavii lotului studiat au beneficiat de tratament complex un număr redus și anume 19 din 130 (14,61%) ; internați în Staționarul de zi, acești bolnavi veneau zilnic la spital, beneficiind și de tratamentul

complex şi menţinîndu-şi în acelaşi timp contactul cu lumea exterioară, cu o viaţă cît de cît normală în familie şi societate.

Restabilirea relaţiilor umane normale pe lîngă faptul că inspiră încredere atît bolnavului cît şi familiei, duce la o mai rapidă resocializare ; în cadrul staţionarului de zi, considerată ca un mijloc terapeutic, munca gradată, adaptată la fiecare bolnav în parte a fost unul din principalii factori de readaptare, progresele bolnavilor fiind consemnate într-o fişă personală ; evident, în atelierele diferenţiate de ergoterapie nu s-a ţinut cont nici de randament nici de rentabilitate ; din păcate nu a putut fi realizată o largă varietate de activităţi pentru satisfacerea nevoilor bolnavilor ; ergoterapia a stabilit relaţii nu numai între bolnavi şi personal, ci şi între diverşii bolnavi.

O formă de bază a programului de recuperare l-a reprezentat psihoterapia de grup, care bazîndu-se pe elementele pozitive ale personalităţii premorbide, a dus la dezvoltarea relaţiilor interumane, tratînd cu încredere şi răbdare toate problemele bolnavilor.

Astfel contactul permanent cu realitatea, crearea unei ambianţe favorabile, cu o activitate dirijată, diferenţiată, care să stimuleze funcţiile psihice rămase nealterate de procesul psihotic, asociate cu psihoterapia, au avut un rol pozitiv structurant. Dintre cei 19 bolnavi care au urmat tratament complex prin Staţionarul de zi, 12 (63,15%) au reuşit să se integreze în mediul socio-profesional, şi anume în 5 cazuri încadrarea s-a făcut la acelaşi nivel ca înainte de boală.

Reintegrarea în vechiul colectiv de muncă a realizat nu numai o mai uşoară readaptare socială ci şi o readaptare pe plan afectiv, referindu-ne aici la o viaţă afectivă adaptată ; în toate aceste cazuri bolnavii au beneficiat de condiţii afective şi sociale adecvate.

În cele 7 cazuri (36,84%) datorită lipsei unui climat socio-familial favorabil, nu s-au putut obţine rezultate favorabile.

În grupul de 94 de bolnavi schizofreni, care au beneficiat de internare la Staţionarul de zi, controlaţi doar lunar la nivelul Laboratorului de Sănătate Mintală, nu s-a putut vorbi de o reală recuperare, de reintegrarea lor în societate cu încadrarea într-o formă utilă de activitate decît la 6 cazuri (6,38%) ; la aceşti bolnavi nu s-a putut stabili un contact permanent cu medicul din cauza supraaglomerării psihiatrilor din teritoriu ; în ceea ce priveşte posibilitatea de psihoterapie şi de ergoterapie aceasta lipseşte la nivelul Laboratoarelor de Sănătate Mintală.

Rezultate bune de reinserţie socio-profesională s-au înregistrat la bolnavii din mediul rural, ceea ce demonstrează rolul favorizant al mediului social şi al muncii în echipă. Astfel din cei 17 bolnavi proveniţi din mediul rural, 11 (84,70%) au putut să-şi reia o viaţă normală ; reluarea unei activităţi în aer liber le-a oferit o varietate destul de mare de posibilităţi de lucru fără probleme de randament profesional, într-un mediu cunoscut, prietenos, fiind sprijiniţi în permanenţă de familiile lor.

Numărul mic de bolnavi din mediul urban care a reuşit să se reintegreze se datoreşte în mare parte şi lipsei posibilităţilor de asigurare a unor condiţii de muncă adecvate cu eliminarea factorilor traumatogeni

și cu posibilitatea de adaptare gradată a acestora la exigențele profesionale.

Sînt necesare pe lîngă măsurile de educație sanitară a anturajului, a colegilor de muncă și înființarea unor secții speciale, cu muncă dirijată în cadrul cooperativelor de invalizi în care acești bolnavi remiși să poată lucra în condiții optime, supravegheați de instructori calificați.

Mediul de proveniență s-a dovedit de o deosebită însemnătate în evoluția bolii, evoluție influențată nu numai de tratamentul efectuat în perioada acută a bolii, de calitatea asistenței medico-sociale de după externare ci și de potențialul afectiv familial, de microclimatul social.

Înființarea și a unor staționare de noapte ar veni în sprijinul bolnavilor handicapați de un mediu familial dezorganizat, mediu care contribuie la dificultatea resocializării acestora.

Insistăm și asupra organizării unor servicii de Sănătate Mintală cu Staționare de zi prevăzute cu 1 pat la 10 bolnavi în fiecare sector și a unor ateliere diferențiate de ergoterapie unde bolnavii schizofreni după externare să se poată adapta gradat la mediul social sau eventual să poată fi orientat spre o nouă profesie ; la cel mai mic semn de boală ca refuz de a mai lua medicamente, conflictualitate în familie, părăsirea locului de muncă nemotivat etc., bolnavul ar avea posibilitatea să fie imediat reinternat și tratat.

Bibliografia la autor.

RESOCIALISATION PROBLEMS OF A GROUP OF SCHIZOPHRENIC PACIENTS WITH ANTISOCIAL ACTS

Summary

The longitudinal study on a 7—10 years period of 130 schizophrenic pacients, who committed antisocial acts, has permitted to determine the positive role of the Day Stationary in the resocialisation of schizophrenic pacients.

The group has comprised 3 categories : the first category included 19 pacients who were admitted in the Day Stationary ; 12 of the 19 schizophrenics were recuperated socially as well as professionally (63,15%).

Another group of 94 schizophrenics, after being released have followed a conducted treatment through M.H.L. ; among these, only in 6 cases one could speak of a real recuperation with socio-professional reintegration.

The third group consisted of 20 schizophrenic pacients coming from rural environment. Of these 11 patients (64%) were able to come to a normal life, proving that the rural environment is adequate to an optimal readaptation, permitting them to perform an open air activity, offering quite a large variety of working possibilities without raisinf any professional efficiency problems in a known, friendly environment.

CORELAȚII ÎNTRE STRUCTURA MORBIDITĂȚII SPITALICEȘTI PRIN SCHIZOFRENIE ȘI PROIECTAREA ASISTENȚEI DIFERENȚIATE A BOLNAVULUI SCHIZOFREN

M. Cojocaru, Marioara Ast, Doina Bolohan, Lorica Borza, I. Mihalache, Drăguța Nicolae, C. Postelnicu, T. Pirozynski

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

INTERVENȚILE RECUPERATORII ÎN PSIHIATRIA MODERNĂ, SE realizează printr-un sistem articulat de forme de asistență, care devine posibil numai în condiția identificării incidenței și prevalenței unei boli psihice într-un teritoriu și o populație determinată (3, 6).

Acest aspect confirmă un deziderat actual al asistenței psihiatrice prin care particularitățile fiecărei forme de intervenții, se proiectează într-o posibilitate de deschidere populațională, ca modalitate de competență medicală privind în general starea de sănătate, cît și particularitățile îmbolnăvirilor prin boli psihice (2, 4, 5).

Este cunoscută dificultatea unor cercetări de ordin epidemiologic, prin lipsa unor puncte de vedere comune asupra nosologiei psihiatrice, precum și a unei metodologii utile cercetării epidemiologice, acest aspect fiind exemplificat cu precădere în situația schizofreniei. În acest sens, citățm observațiile lui Pull, Wing, Sartorius, Jablenski, Hermann (1, 7).

Cu toată dificultatea operanței unei identități între aspectele aparente și cele reale privind prevalența schizofreniei într-o populație, formularea diagnosticului în cadrul unei aceleiași unități clinice, presupune convergența unor puncte de vedere, ceea ce de fapt se reflectă ulterior asupra măsurilor de asistență privind categoria tuturor cazurilor de îmbolnăvire cuprinse în parametrii acestui diagnostic.

Prezentul studiu și-a propus analiza morbidității prin schizofrenie pe o durată de 5 ani în cadrul Spitalului Clinic de Psihiatrie „SOCOLA" Iași, ca premiză orientativă pentru proiectarea asistenței diferențiate a bolnavului schizofren.

În perioada sus-amintită, în ansamblul internărilor în spital, schizofrenia a ocupat un loc dintre cele mai importante, reprezentînd 8,11% din totalul acestora.

Cei mai mulți bolnavi au o proveniență urbană (53,5%). Sîntem înclinați să credem acest aspect, ca fiind legat de deplasarea de conjunctură a populației active către zonele urbane, categorie socială care prin relații de familie, tradiții și alte situații de domiciliu, deprinderi generale de viață, aparțin de fapt mediului rural.

Predominanța sexului masculin (60%) în cazul acestor internări, o apreciem ca fiind o situație generată îndeosebi de mobilitatea crescută — geografică și socio-profesională — a persoanelor de sex masculin în comparație cu cele de sex feminin,

explicabilă prin munca pe șantiere, serviciul militar, nomenclator relativ mai extins de profesiuni.

Ponderea vîrstelor tinere, de mare angajare și productivitate socio-profesională, constituie un aspect de prim ordin în aprecierea asistenței diferențiate a bolnavului schizofren, așa cum reiese din structura morbidității înregistrată în prezentul studiu : persoanele pînă la 34 ani inclusiv, reprezintă 68% din totalul bolnavilor internați.

Corelația acestor aspecte cu modalitățile asistenței psihiatrice, sugerează o persistentă colaborare cu rețeaua de medicină generală cît și cu rețeaua altor specialități medicale, pentru promovarea unor măsuri psihoprofilactice eficiente (depistare precoce, asigurarea tratamentului în toată desfășurarea sa — cură, post-cură clinică) și modalitățile asistenței recuperatorii. Aceste constatări, confirmă utilitatea asistenței medicale la grupele tinere de vîrstă în perioada de școlarizare sau formare profesională, debutul schizofreniei fiind înregistrat în studiul nostru la 30% dintre bolnavi. Cu precădere la această cateogrie de cazuri, asistența clinică presupune elaborarea prognozei, necesară direcționării unor forme de tratament care să influențeze benefic destinul unui bolnav cu evoluție de lungă durată.

Bolnavii schizofreni sînt influențați de o factură evidentă în asistența lor și de statutul lor marital.

În cazuistica studiată, 63,4% dintre pacienți sînt necăsătoriți, 13,3% căsătoriți fără copii, 11,5% căsătoriți cu copii și 11,8% divorțați. În observațiile noastre, persoanele cu o bună inserție familială din antecedente, prezintă și premizele unei bune supravegheri medicale și a participării la acțiunile recuperatorii.

În proiectarea măsurilor de asistență diferențiată a bolnavilor schizofreni, trebuie avute în vedere și motivele reale ale internării. Notăm că 40% dintre pacienți au fost internați ca urgențe medico-psihiatrice, 51% în regim terapeutic obișnuit, 1,2% pentru expertize medico-legale, 4,21% pentru expertiza capacității de muncă. Subliniem importanța luării în considerare a manifestărilor de disociabilitate induse de evoluția bolii, ce necesită în raport de consecințele lor, expertiză medico-legală sau expertiza capacității de muncă, ca expresie a unor forme de competență ale asistenței psihiatrice.

Cercetarea statutului socio-profesional al pacienților luați în studiu, indică necesitatea de a se acorda o atenție prioritară măsurilor recuperatorii într-un plan de perspectivă cît mai variat posibil.

Observațiile noastre indică aproximativ 50% bolnavi lipsiți de încadrare socio-profesională, din care 28% pensionari medicali. Este demnă de reținut marea pondere a pensionărilor în gr. II de invaliditate — 26,5%.

Aceste aspecte evidențiază faptul că problema bolnavului cu evoluție prelungită sau cronicizată (pentru cazurile de evoluție trenantă și unele de cronicizare — 70% în studiul nostru) rămîne prioritară pe linia măsurilor de asistență medico-socială și de reinserție în activități cu caracter productiv-lucrativ, necesitînd profile instituționalizate de asisten-

ţă, protecţia lor fiind insuficient asigurată numai în viaţa de familie şi în relaţiile de grup. Structura morbidităţii spitaliceşti prin schizofrenie în proiectarea asistenţei diferenţiate a bolnavului schizofren, indică necesitatea de a completa spitalizarea cu perioade de post-cură extraspitalicească de lungă durată de cel puţin 3—5 ani, în paralel cu menţinerea unui contact permanent cu secţia de spital care a efectuat primul demers terapeutic.

Aspectele evidenţiate în prezentul studiu, formulează ideea unei asistenţe, care prin extensiunea implicaţiilor sale, devine o problematică comunitară, faţă de care reţeaua de psihiatrie îşi deschide competenţa pentru o cooperare în limitele conţinutului medical, la situaţii de ordin social cum sînt : statutul bolnavului, relaţia faţă de familie, faţă de grup, relaţia faţă de unele capacităţi de inserţie ocupaţională sau productivă.

În concluzie, studiul nostru semnalează cu relativă concordanţă dintre unele aspecte aparente şi reale ale diagnosticului de schizofrenie, aspecte de epidemiologie descriptivă necesare orientării formelor de asistenţă psiho-profilactică, clinică, de post-cură şi recuperatorie. Aceste date prefigurează nevoile de cadre medicale specializate, instituţii şi forme de asistenţă diferenţiate ca şi modalităţile lor de articulare la relaţiile comunitare.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Hermann P. : Confr. Psychiat., 1984, nr. 24, pp. 193—213.
2. Herz M.I. : Hosp. Commun. Psychiat., 1984, 35, Nr. 4, pp. 344—349.
3. Hoult J., Reynolds T. : Acta Psychiat. Scand. 1984, 69, Nr. 5, pp. 359—372.
4. Pirozynski T., Pirozynski Miarka, Balan Gh. : Rev. med. chir. 1984, pp. 47—51.
5. Pull C. B. : Confr. Psychiat., 1984, nr. 24, pp. 79—103.
6. Postelnicu C., Cojocaru M. : Comunicare USSM Bucureşti, Secţia Psihiatrie, 1984.
7. Sartorius N., Jablenski A. : Confr. Psychiat., 1984, Nr. 24, pp. 131—139.

CORRELATIONS BETWEEN IN-HOSPITAL MORBIDITY DUE TO SCHIZOPHRENY AND DRAFT OF DIFFERENTIATED CARE OF SCHIZOPHRENIC PACIENT

Summary

The authors communicate the aspects of a survey of descriptive epidemiology regarding the admissions in a period of 5 years of cases of schizophreny.

The study reveals with a relative agreement between some apparent and real aspects of the diagnosis of schizophreny, aspects of descriptive epidemiology necessary to the guidance of the forms of psycho-prophilactic clinical, post-cure and recuperatory care delivery.

INTEGRAREA FAMILIALĂ A SCHIZOFRENULUI

G. Zichil, I. Ştefănescu, I. Turcu

Spitalul Judeţean Bacău

RECUPERAREA SCHIZOFRENILOR, CA ŞI A ALTOR CATEGORII de bolnavi psihici, reprezintă o etapă în încercarea de a reda societăţii şi familiei indivizi cu potenţial valid, capabili de a-şi îndeplini şi continua pentru cît mai mult timp activitatea profesională şi familială (3, 4, 8).

Recuperarea presupune mai multe demersuri, printre care : evaluarea deficienţei psihice, evaluarea psihopatologică a structurii personalităţii, aprecierea capacităţii de muncă şi a posibilităţilor de adaptare la mediul familial, social şi profesional. Un element important, care trebuie avut în vedere, este ca recuperarea să înceapă cît mai curînd posibil pentru aceşti bolnavi psihici, pentru a nu avea loc transformări psihopatologice esenţiale în structura personalităţii iar deteriorarea pe care o produce boala să fie cît mai limitată şi să poată fi surprinsă la un moment în care boala este reversibilă (2, 3, 4, 8).

Un rol important în reabilitarea schizofrenului îl are creşterea toleranţei mediului social şi familial. O atitudine ostilă sau de indiferenţă măreşte şansele recăderii, cronicizării bolii. Un climat familial favorabil poate să schimbe statutul schizofrenului dintr-unul de bolnav psihic irecuperabil, într-unul în care el îşi recîştigă încrederea în sine, sădind în acesta sentimentul utilităţii sale sociale, a independenţei sale. Iată de ce, rolul familiei, deosebit de complex, prin funcţiile sale în recuperare şi integrarea schizofrenului, este deosebit de important. Diversele studii şi cercetări au evidenţiat rolul echilibrant al familiei, al efectului pozitiv pe care îl are asupra sa (1, 6, 7).

Cercetarea întreprinsă de noi a cuprins un număr de 78 de schizofrenici, reprezentînd 47,8% din totalul celor dispensarizaţi la acea dată de L.S.M. Criteriul eşantionării a fost cel al stratificării după sex, grupe de vîrstă, ocupaţie, fiind reprezentativ pentru schizofrenii dispensarizaţi.

Structura eşantionului se prezintă astfel : pe sexe 55,2% îl reprezintă bărbaţii iar 44,8%, femeile ; pe grupe de vîrstă 2,5% este acoperită de cei sub 20 ani, 14,9% cei între 20—24 ani, 23,0% grupa 25—29 ani, 12,8% cei între 30—34 ani, 16,4% grupa de 35—39 ani, iar grupei de vîrstă de peste 40 ani îi revine 29,4% ; în ceea ce priveşte ocupaţia întîlnim 51,2% salariaţi, 24,2% pensionari de invaliditate, 24,6% fără ocupaţie.

Ca metodologie s-a utilizat ancheta socială și chestionarul de opinie aplicat aparținătorilor familiei privind modul de comportament al schizofrenului, participarea sa la viața de familie, a integrării sale în atmosfera familială, căutîndu-se să i se surprindă comportamentul în relație cu familia sa.

O primă analiză a constituit-o familia din care provine schizofrenul. S-a constatat că în 50% din cazuri aceștia provin din familii cu mai mulți copii, de la 3 pînă la 8 ; 38,9% din familii cu 2 copii, 11,2% din familii în care singurul copil este cel care va deveni ulterior schizofren. Anchetele de teren au dezvăluit faptul că în 16% din cazuri în familiile de origine au existat neînțelegeri, conflicte repetate, divorțuri, existînd și două situații în care viitorul schizofren a stat în orfelinat sau școli de reeducare.

Analizînd structura actuală a familiei în care trăiește schizofrenul am obținut următoarea situație :

1. Căsătoriți, cu familie închegată — 54,1%. În această situație repartiția pe sexe este aproximativ egală, cu specificația că sînt excluse grupele de vîrstă de pînă la 25 ani.

1. a. cu un copil — se întîlnesc în 40% din cazuri și în care reușita (în sensul unei familii închegate) aparține sexului feminin, cu raport de 3 la 1.

1. b. cu 2 copii — 30% de schizofreni se găsesc în această situație cu specificația, că de data aceasta raportul este nefavorabil bărbaților, cu un raport de 2 la 1.

1. c. cu 3 sau mai mulți copii — 10%, numai femeile schizofrene au asemenea familii.

1. d. fără copii, repartiția fiind egală pe sexe, 20% din totalul familiilor se găsesc în această situație.

Se poate trage concluzia că, schizofrenul care are copii, are mai multe șanse să-și închege o familie proprie decît cei fără copii (80% față de 20%).

2. Căsătoria destrămată — 16,2%.

Cercetarea relevă că datorită procesului morbid, femeile sînt cele care suferă cel mai adesea impactul divorțului și că vor fi integrate fie în familia de origine, fie vor duce în continuare o viață solitară.

3. Necăsătoriți — 29,7%.

Repartiția pe sexe indică faptul că femeile dețin ponderea cea mai mare. Acest lucru poate fi explicat prin faptul că toleranța socială față de boala psihică este mai severă în cazul femeilor. De altfel, repartiția pe grupe de vîrstă, indică că această situație se menține la toate grupele de vîrstă.

Ce se întîmplă cu schizofrenul în situația în care nu se căsătorește ?

La această întrebare, cercetarea noastră a evidențiat următoarele aspecte :

— locuiește singur în proporție de 15,3%, iar distribuția pe sexe indică faptul că femeile sînt mult mai frecvente ;

— locuiește cu unul sau ambii părinți, adică rămîne în familia de origine, în proporție de 70%, iar repartiția pe sexe arată faptul că bărbații sînt cei care se găsesc în această situație ;

— locuiește cu un frate sau soră — 11,5% se găsesc in această situație.

O altă direcție de abordare a cercetării noastre privind integrarea schizofrenului în familie, a plecat de la premiza că el are capacitatea de a se proiecta conștient, deliberat, în relațiile interpersonale și sociale, depinzînd de structura proceselor psihopatologice, raportarea la propria persoană și la ambianță pot fi perturbate dar nu anulate.

Utilizînd criteriul sociabilității, am ajuns la următoarele concluzii :

1. În ce privește expansivitatea familială, definită ca o capacitate a individului de a cuprinde în sfera relațiilor personale un număr mai mare sau mai mic de membrii din familia respectivă, pe baza unor legături preferențial-motivaționale, am constatat că 16,0% din schizofreni stabilesc relații cu 1—2 membri, iar 36,6% sînt singuratici, izolați.

3. Referitor la integrarea familială, definită ca acceptarea sau nonacceptarea unui individ de către membrii familei din care face parte, în funcție de particularitățile sale de personalitate și de obiectivele familiei, am găsit o distincție netă între familiile închegate ale schizofrenului și familiile în care trăiește schizofrenul necăsătorit. Dacă în familiile de origine schizofrenul este supus unui proces de marginalizare și uneori de hiperprotecție, în familiile închegate el capătă un statut de utilitate familială și socială.

În concluzie, se poate aprecia că relația dintre schizofren și familia sa este deosebit de importantă, prin cadrul pe care aceasta îl crează, inserția realizîndu-se pe o bază mai largă de motivații, ceea ce face ca disponibilitățile psihologice ale schizofrenului să aibă o întindere mai complexă de trăiri deoarece numai în grup se stabilesc relații *interpsihologice,* contracarînd specificul schizofreniei de a dezvolta relații *intrapsihologice.*

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Barnea M.. Calciu Al., (sub red.) : *Ecologie umană,* Edit. Medicală, București, 1979.
2. Bastide R. : *Sociologie des maladies mentales,* Edit. Flammarion, Paris, 1965.
3. Brânzei P. : *Itinerar psihiatric,* Edit. Junimea, Iași, 1979.
4. Enăchescu C. : *Igiena mintală și recuperarea bolnavilor psihici,* Edit. Medicală, București, 1979.
5. Friedman C., Coja A. : Rolul familiei în schizofrenogeneză. Considerații clinico-terapeutice. A IV-a Conf. Naț. de Psihiatrie, București, 1982, pp. 117—119.
6. Ionescu A, Diacicov S. : Particularități psihologice ale familiei pacientului schizofrenic, A IV-a Conf. Naț. de Psihiatrie, București, 1982, pp. 152—153.
7. Laza O., Coja A. : Aspecte psihopatologice în familia bolnavului schizofren, A IV-a Conf. Naț. de Psihiatrie, București, 1982, p. 162.
8. Predescu V. (sub red.) : *Psihiatrie,* Edit. Medicală, București, 1976.

FAMILY INTEGRATION OF SCHIZOPHRENICS

Summary

The research has been carried out on a strafied sample of 78 schizophrenics and their families and in this respect a complex methodology has been used having in wiew the schizophrenic's behavior, participation and integration into his family.

The equilibrating role of the interpsychological relations developing within the family has been brought into evidence counteracting in this way the schizophrenic's morbid characteristic of developing interpsychological relation.

EVENIMENTE STRESSANTE DE VIAȚĂ ASOCIATE DEBUTULUI SINDROAMELOR DEPRESIVE ÎN POPULAȚIA STUDENȚEASCĂ

Rodica Ionescu, Cristina Popescu

Institutul de Neurologie și Psihiatrie — București

ROLUL FACTORILOR PSIHOSOCIALI ÎN ETIOLOGIA BOLILOR psihice este admis de mult timp, dar studii sistematice consacrate acestei probleme au apărut numai în ultimele 2 decenii (1, 4, 5, 8). În 1967, Holmes și Rahe au elaborat primul instrument standardizat pentru investigarea evenimentelor de viață stressante. Scala de evaluare a readaptării sociale — care cuprinde situații comune ce pot interveni pe plan familial, ocupațional, personal și a căror producere determină o modificare a modului obișnuit de viață, al individului, un proces de adaptare (2).

În cadrul diferitelor tipuri dc tulburări psihice, depresia a fost preponderent cercetată în raport cu evenimentele de viață care o preced. Deși s-au discutat diferite ipoteze în legătură cu mecanismul patogenic prin care acestea acționează, nu există încă un consens în această privință. Perris pledează pentru integrarea impactului evenimentelor de viață în interacțiunea variabilelor biologice, psihologice și sociale, care determină vulnerabilitatea particulară a individului pentru un anumit tip de reacție psihopatologică (7).

Aprofundarea cercetării rolului evenimentelor de viață a condus la elaborarea de noi instrumente pentru măsurarea lor, care încearcă să depășească unele deficiențe metodologice inițiale. Un exemplu este oferit de scala de evenimente de viață elaborată de Dohrenwend și col. (1978), în cadrul interviului psihiatric pentru cercetări epidemiologice (PERI Life Events Scale).

Studiile epidemiologice efectuate pe populații studențești au arătat că, printre tulburările psihice pentru care studenții se adresează serviciilor de sănătate mintală, tulburările afective ocupă primul loc.

Studiile anterioare efectuate pe populația studențească din București au evidențiat existența unor factori stressanți cu valoare confirmată de datele din literatură ca evenimente favorizante și precipitante pentru apariția unor tulburări afective (3, 6).

Material și metodă. Studiul a pornit de la ipoteza că în populatia studențească tulburările afective sînt frecvente și eterogene, predominînd relativ formele de intensitate medie și ușoară, a căror declanșare se corelează, probabil, cu evenimentele de viață stressante, specifice pentru acest tip de populație.

Au fost selecționați 1500 pacienți cu tulburări afective dintre cazurile prezentate succesiv, pentru consultație, la L.S.M. al Spitalului pentru Studenți din București.

Pentru evaluarea evenimentelor de viață, s-a elaborat un instrument după modelul scalei de evenimente a lui Dohrenwend și col., adaptîndu-se conținutul itemilor la situațiile specifice care intervin în populația studențească. În construcția itemilor, s-a ținut cont de definiția evenimentului stressant propusă de Dohrenwend — „o situație obiectivă, cu magnitudine suficientă pentru a determina o schimbare a activităților obișnuite la majoritatea indivizilor care o resimt".

Scala utilizată a cuprins 75 de evenimente, grupate în mai multe secțiuni : studii universitare, relații afective și căsătorie, familia de origine, locuința, aspecte legale, probleme financiare, aspecte relaționale, probleme de sănătate. Au fost incluse atît evenimente general umane, cît și situații specifice populației studențești — separarea de familie și de prieteni prin începerea studiilor universitare, succese și eșecuri universitare, relații cu colegii și cadrele didactice, viața în cămin sau gazdă, probleme erotice etc.

Pentru a obține valoarea magnitudinii fiecărui eveniment, s-a ținut cont de indicația de a folosi apreciatori care să aparțină populației căreia i se adresează scala. În acest scop, lista de evenimente a fost dată unui număr de 150 studenți fără patologie psihică manifestă, cu instrucțiunea de a evalua măsura readaptării sociale presupuse de producerea fiecărei situații, folosind ca reper valoarea arbitrară de 500, atribuită căsătoriei. La prelucrare, au fost eliminate valorile magnitudinii evenimentelor care nu corespundeau instrucțiunilor și apoi s-au construit distribuțiile valorilor fiecărui item, atribuite de către cei 105 apreciatori rămași. S-au calculat mediile valorilor pe fiecare item, separat pentru cele 2 sexe, obținîndu-se magnitudinile evenimentelor atribuite de eșantionul de apreciatori studenți.

Scala de evenimente a fost aplicată studenților cu sindroame afective din lotul de cercetare, precum și unui număr egal de studenți sănătoși, cu instrucțiunea de a menționa evenimentele survenite în viața lor în cursul ultimului an.

S-au calculat mediile numărului și magnitudinii evenimentelor în ambele loturi și s-a calculat gradul de asociere între starea psihică a studenților, pe de o parte și numărul și magnitudinea evenimentelor raportate, pe de altă parte, folosind coeficientul de corelație punct biserial.

În concordanță cu date recente din literatură, itemii scalei au fost împărțiți în : evenimente înalt stressante, evenimente indezirabile și evenimente necontrolabile și s-a calculat frecvența acestor tipuri de evenimente în raport cu numărul total înregistrat pentru cele două loturi, testîndu-se semnificația diferențelor prin testul Student.

Rezultate. Discuții. Rezultatele globale evidențiază existența unei asocieri semnificative între starea psihică a studenților și numărul, precum și magnitudinea evenimentelor de viață, lotul cu patologie afectivă confruntîndu-se, în anul premergător debutului, cu un număr de evenimente stressante semnificativ mai mare decît cei sănătoși, magnitudinea lor fiind, de asemenea, superioară.

Valorile coeficienților de corelație punct biserial au fost de 0,74 și respectiv 0,75 pentru sexul masculin, pentru numărul și respectiv pentru magnitudinea evenimentelor ; valorile corespunzătoare pentru sexul feminin au fost de 0,58 și respectiv 0,57, ele fiind semnificative statistic la p. 0,01.

Valorile coeficienților de corelație sînt mai mari pentru sexul masculin comparativ cu cel feminin, indicînd diferențe mai importante între

studenții cu și fără patologie afectivă în privința numărului și importanței evenimentelor, față de raporturile corespunzătoare pentru studente.

S-a calculat frecvența de apariție a diferitelor tipuri de evenimente de viață în cele două loturi, separat pentru fiecare sex. Valorile obținute indică diferențe semnificative la p. 0,01 între grupul cu patologie afectivă și grupul de control pentru toate cele trei clase de evenimente — puternic stressante, indezirabile, incontrolabile. Datele confirmă unele observații din literatură, conform cărora evenimentele indezirabile și cele puternic stressante sînt mai frecvente la cei cu tulburări afective. Existența unei diferențe semnificative între loturi și în privința evenimentelor incontrolabile, care survin independent de starea de sănătate a individului, susține ipoteza că situațiile de viață stressante intervin în patogeneza tulburărilor afective.

S-a constatat că problemele legate de eșecuri universitare de diferite grade și cele referitoare la relațiile afective sînt indicate cel mai frecvent, independent de sex și de starea de sănătate psihică. Se observă tendința ca aceste evenimente să apară mai frecvent la cei cu patologie afectivă, dar diferențele în raport cu sănătoșii nu sînt statistic semnificative. Se poate considera că ele reprezintă situații de viață relativ curente în populația studențească, apariția lor singulară nedepășind posibilitățile adaptative obișnuite ale unei persoane.

Printre evenimentele cele mai frecvente la cei cu patologie afectivă se remarcă cele indezirabile, cu rezonanță afectivă negativă, cele mai multe avînd un caracter cronic. Putem considera, în termenii lui Holmes și Rahe, că acumularea unor astfel de evenimente, care apar în paralel, în diferite sfere de integrare a individului, suprasolicită capacitățile sale adaptative, scad rezistența generală a organismului și măresc probabilitatea de apariție a bolii.

Concluzii. 1. Prezența tulburărilor afective în populația studențească se asociază semnificativ cu numărul și magnitudinea evenimentelor de viață stressante care au precedat debutul.

2. Asocierea există atît pe ansamblul evenimentelor incluse în scala folosită, cît și pe clase de evenimente — puternic stressante, indezirabile, incontrolabile.

3. Frecvența crescută aparține mai ales evenimentelor indezirabile, care au deseori caracter cronic, precum și cumulului de situații stressante, intervenite concomitent în diverse domenii de integrare a individului, în ambele situații capacitatea de adaptare a persoanei fiind depășită.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Benjaminsen, S. : *Psychol. Med.*, 1981, nr. 11, p. 369—378.
2. Holmes, T.H., Masuda, M. :In Dohrenwend, B.S. Edit., *Stressful Life Events. Their Nature and Effects.* New York, Wiley, 1974.
3. Ieniștea, O. : Neurol. Neurochir. Psihiat., București, 1974, nr. 19, pp. 261—267.

4. Kashani, J.H., Priesmeyer, M. : Am J. Psychiatry, 1983, nr. 140 : pp. 1081—1082.
5. Lloyd Camille : Arch. Gen. Psych., 1980, nr. 37 : pp. 529—535 și pp. 541—548.
6. Nica-Udangiu, St., Ionescu R., Nica-Udangiu L., Popovici E. : Rev. Roum. Med. — Neurol. Psychiat., 1981, t. 19, nr. 1 : pp. 35—43.
7. Perris, H., Von Knorrig, L., Perris, C. : Neuropsychobiology, 1982, nr. 8 : pp. 241—247.
8. Schukit, M. A. : Am. J. Psychiatry, 1982, nr. 139, pp. 1041—1045.

STRESSFUL LIFE EVENTS PRECEDING THE ONSET OF DEPRESSIVE SYNDROMES IN A UNIVERSITY POPULATION

Summary

The present study investigated the possible relationship between stressful life events and the affective disorders in a university population of Bucharest. A research instrument was elaborated from the model of Dohrenwend's PERI Scale of Life Events. The items of our scale were adapted to any particular circumstances which occur in student population. For validating, the list of the events has been applied to a certain number of estimators-students having no mental disorders. Then, it has been applied to a student group with affective disorders as well as to a control group. A significant relationship between the affective disorders and the numbers and the magnitude of life events has been established both in the general level and in classes of events.

FRECVENȚA ȘI IMPLICAȚIILE SOCIO-ECONOMICE ALE ALCOOLISMULUI CU TULBURĂRI PSIHICE LA FEMEI

M. Baltaru, Sofia Dudeanu, C. Borza,
I. Mihalache, Drăguța Nicolae, Adriana Șaramet

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

CONSIDERAT CA „CEA DE-A PATRA CAUZĂ IMPORTANTĂ" A morbidității generale a populației, după accidentele de circulație, bolile cardio-vasculare și boala canceroasă (4, 5), alcoolismul continuă să se înscrie ca una dintre temele principale ale cercetării medicale contemporane, atît prin complexitatea problematicii sale pe plan psiho-somatic cît și prin consecințele sale de ordin socio-economic.

Datele din literatură cît și unele rapoarte oficiale ale comisiilor de experți O.M.S. tind să releve o creștere importantă în ultimul deceniu, atît a producției globale de băuturi alcoolice cît și a numărului băutorilor obișnuiți (1, 3). Astfel de ex. se apreciază că în 1983, în S.U.A., comparativ cu 1974, numărul băutorilor obișnuiți (în afara celor ocazionali) a crescut cu cca. 20% situîndu-se astăzi la aproximativ 31 milioane de persoane. Situațiile similare, cu creșteri procentuale semnificative se notează de asemenea în numeroase alte țări printre care de exemplu : Italia, Franța, Anglia, Japonia sau U.R.S.S.

Una dintre constatările semnificative ce se degajă din analiza datelor publicate în literatură în ultimul deceniu se referă la creșterea într-un raport important și care în unele colectivități ajunge pînă la 1 la 3 sau chiar la 1 la 2, a numărului femeilor ce consumă băuturi alcoolice comparativ cu cel al bărbaților. Aceste constatări explică consecințele negative ale consumului obișnuit de băuturi alcoolice asupra vieții de familie și mai ales consecințele sale financiare fie pe plan individual fie pe plan social. Astfel de ex. s-a calculat că în decursul anului 1972 numai pentru procurare de bere, populația R.F.G. a cheltuit o sumă echivalînd cu costul unei misiuni spațiale de tip „Apollo", cu echipaj uman pe Lună. (1).

Atît în trecut cît și în ultimul timp cercetătorii sînt aproape unanimi în a constata că din numărul total al consumatorilor obișnuiți sau ocazionali de băuturi alcoolice numai un procentaj relativ redus de aproximativ 5—6% (2) pot prezenta diverse implicații psihotice imputabile alcoolismului și care necesită o asistență psihiatrică adecvată. Cu toate

rezultatele, uneori spectaculare, ale cercetărilor întreprinse în ultimii ani în domeniul biochimiei, farmacodinamiei sau chiar a geneticii alcoolismului nu există încă o explicație plauzibilă, general acceptabilă, a acestui fenomen.

Datele extrem de selective antemenționate din literatură se corelează în ansamblu cu observațiile proprii atît în privința frecvenței implicațiilor psihotice ale alcoolismului cît și în privința creșterii acestei frecvențe la femei. Astfel de exemplu. cercetînd evoluția morbidității intra-spitalicești prin psihoze alcoolice în perioada anilor 1905—1974 (1, 2), am constatat o curbă ascendentă a acestei morbidități pînă aproximativ în jurul anilor 1970, cînd, spre deosebire de unele date din literatură, noi am înregistrat o stabilizare a acestei curbe și chiar o tendință de scădere — ce se menține în continuare, în timp ce raportul dintre numărul femeilor și bărbaților alcoolici a înregistrat o creștere de la 1 la 8 în primul deceniu al secolului, la 1 la 4 în deceniul al 7-lea. Totodată însă frecvența morbidității prin psihoze imputabile alcoolismului la femei manifestă o tendință semnificativă de scădere. De exemplu dacă în perioada anilor 1978 și 1979, numărul bolnavelor cu diverse tipuri de psihoze alcoolice asistate a fost de 192, în decursul anilor 1983 și 1984, s-au înregistrat 180 cazuri, ceea ce raportat la numărul total al bolnavelor psihice asistate în aceeași perioadă reprezintă un procentaj de cca. 4,12%. Amploarea consecințelor pe plan economica-financiar a bolnavilor spitalizate în perioada anilor 1983 și 1984 pentru diverse tipuri de implicații psihotice ale alcoolismului la femei rezultă îndeosebi din analiza cîtorva date foarte sumare dar deosebit de precise. Astfel de ex. cele 180 femei asistate pentru alcoolism, realizează o medie de spitalizare de 16,2 zile.

Luînd în considerare faptul că 108 paciente din lotul analizat în perioada 1983—1984, lucrau în producție la diferite întreprinderi, rezultă că pentru zilele de spitalizare realizate de ele societatea a achitat importante sume de bani sub forma ajutoarelor pentru concedii medicale și care se ridică pînă la cca. 70% din retribuția lor medie lunară, iar pe de altă parte, pentru bugetul familial personal au rezultat de asemenea importante pierderi bănești datorită cotelor procentuale pentru concedii medicale mai reduse cu cca. 1/3 comparativ cu nivelul normal al retribuției. Consecințele negative pe plan economic rezultînd din implicațiile psihotice ale alcoolismului la femei pe lotul cercetat ar fi putut fi evidențiate și mai pregnant dacă am fi avut posibilitatea să evaluăm și valoarea producției nerealizate în perioada spitalizării pentru îngrijiri medicale, considerații similare putînd fi luate în calcul și la celelalte paciente lucrînd fie în agricultură fie chiar în activități casnico-familiale. În sfîrșit, menționăm că cca. 11% dintre bolnavele cercetate prezentau tulburări psihotice de mare intensitate cu evoluție îndelungată ireversibilă beneficiind de pensionări de gr. II, timp îndelungat, din fondurile asigurărilor sociale de stat.

Datele prezentate rezultînd din analiza lotului de bolnave cercetate tind să reliefeze deosebit de semnificativ, pe lîngă aspectele de asistență psihiatrică clinică, dimensiunile economico-financiare ale implicațiilor psihiatrice ale alcoolismului la femei. Ele subliniază totodată necesitatea unor eforturi conjugate atît ale medicilor cît și ale tuturor celorlalte foruri cu putere de decizie interesate în apărarea sănătății mintale a populației pentru adoptarea unor măsuri și programe raționale de combatere în primul rînd a consumului obișnuit de băuturi alcoolice și care, la polul său opus, generează diversele tipuri de tulburări psihotice mai mult sau mai puțin grave imputabile alcoolismului.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Balaaru M.: *Despre corelaţiile bio-psiho-sociale în determinismul etiologic al stărilor de intoxicaţie etilică* — Referat susţinut de Soc. Şt. Med. Secţia psihiatrie a Spit. „Socola" Iaşi, 1972.
2. Brânzei P.: *Itinerar psihiatric*, Edit. Junimea, Iaşi, 1975.
3. Blettery B., Virot C., Feutray J. P., André F.: *La presse Medicale;* 1983, nr. 24, pp. 1548—7549.
4. Gorgos C.: *Vademecum în psihiatrie* — Edit. Medicală, Bucureşti, 1985.
5. Predescu V.: *Psihiatrie*, Edit. Medicală, Bucureşti, 1976.

FREQUENCY AND SOCIO-ECONOMIC IMPLICATIONS OF ALCOHOLISM WITH PSYCHIC DISORDERS IN WOMEN

Summary

Refering to a global analysis of morbidity in hospital of the „Socola" Hospital during the years between 1905—1974, it is brought into relief an ascending curve of the frequency of psychoses of various types due to alcoholism and which reaches the maximum level in 1970 when it tends to settle down even manifesting a significant decrease. Concomitantly it was found an important increase of the relation between alcoholic psychoses in women as compared with the same afection in men.

Investigation a sample of 180 female pacients with alcoholic psychoses admitted in our clinic in 1983 and 1984, it is brought into relief the negative consequences at economic-financial level of alcoholism for both the individual and society, a finding that implies the conjugation of the eforts of all competent forums interested in the defence of collective health in order to elaborate and amplify certain efficient measures to limit the consumption of alcoholic drinks by the population.

DINAMICA ASISTENŢEI PSIHIATRICE INSTITUŢIONALIZATE A PSIHOSINDROAMELOR ETANOLICE

P. Boişteanu

Institutul de Medicină şi Farmacie Iaşi
Clinica de Psihiatrie

UNELE SUBSTANŢE DETERMINĂ UN EFECT ONIRIC PRIN STRÎMtoarea cîmpului conştiinţei putînd realiza o stare particulară de filie care să ajungă la instalarea dependenţei faţă de drog şi respectiv la deteriorarea personalităţii.

Drogurile provoacă efectul agreabil de tip oniric prin limitarea nivelului conştiinţei anticipative în cursul acţiunilor perturbatoare asupra mozaicului funcţional cerebral. (3).

Particularităţile ce definesc personalitatea umană se exprimă în primul rînd prin „starea de conştiinţă" care realizează modelul specific de existenţă a omului şi care reglează conduita umană în concordanţă deterministă cu trebuinţele şi motivaţiile activităţii sale biologice sau sociale. (4).

În România contemporană nu se înregistrează cazuri de dependenţă manifestă faţă de droguri cu excepţia consumului de băuturi alcoolice, (1) situaţie care deschide perspectiva unei analize ecologo-epidemiologice în proiecţie socio-culturală din care să se deducă prospectiv modalităţile profilactico-curative ale alcoolismului.

Deoarece efectul specific al alcoolului ca toxic cu acţiune predominentă asupra sistemului nervos se exprimă tocmai prin strîmtorarea, perturbarea sau anularea stării de conştienţă, se apreciază că alcoolismul reprezintă în primul rînd o „demodulare a personalităţii" determinată de uzanţa toxicului şi care se raportează la o motivaţie complexă care se caracterizează printr-o gamă largă de manifestări şi implicaţii diferite ce se înscriu temporo-spaţial în limitele unor ample coordonate ce pot varia, de la stările de „normalitate psihică" pînă la acelea de boală psihică. (2).

Urmărind dinamica internărilor pentru prima oară în Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" în perioada 1905—1985 (care deserveşte cu prioritate populaţia din Moldova al cărui număr s-a dublat în perioada respectivă) se remarcă faptul că în ultimele decenii în prim plan se află nevrozele şi alcoolofiliile, care prezintă o rată semnificativă de creştere a solicitării de asistenţă psihiatrică spitalicească, ca reflex al com-

plicării vieţii contemporane cu a sa patologie psihosomatică reunită metaforic sub denumirea de „boală a civilizaţiei".

Alcoolismul, cu diversele sale forme clinice reprezintă 8,3% din totalul bolnavilor spitalizaţi în perioada 1905—1985.

În perioada 1960—1985 au fost spitalizaţi pentru prima oară un număr relativ mare de bolnavi afectaţi de alcoolism, reprezentînd un procentaj de 8,2% din totalul internărilor. Urmărind în dinamică raportul internărilor prin psihosindroame etanolice se constată că acestea au prezentat variaţii între 28,8% în deceniile trecute şi 7,1% în prezent. Pentru municipiul Iaşi, internările pentru psihosindroame etanolice au reprezentat 8,3% iar pentru judeţul Iaşi procentul de internări a reprezentat 5,24% din numărul total de bolnavi internaţi pentru diferite boli psihice. Pentru alte judeţe din Moldova numărul internărilor pacienţilor cu psihosindroame etanolice reprezintă 13,3% din totalul internărilor.

Cercetarea structurii morbidităţii pe forme clinice la bolnavii afectaţi de alcoolism, spitalizaţi pentru prima oară, relevă următoarele particularităţi :

— ebrietas vulgaris : 11% (3% femei, 8% bărbaţi) ;

— alcoolofilii (alcoolism cronic, alcoolism cu tulburări psihice de limită) 71,5% (12% femei, 59,5% bărbaţi) ;

— alcoolomanii (crize de beţie patologică, dipsomanie, psihoze şi demenţe alcoolice) 17,2% (4% femei şi 13,2% bărbaţi).

Referindu-ne la distribuţia totală pe grupe de vîrstă constatăm că peste 50% dintre bolnavii respectivi se plasează în grupa de vîrstă 21—40 ani, de maximă angajare socio-profesională, iar grupa de vîrstă 11—30 ani reprezintă peste 15% situaţie ce pledează pentru rolul nefast al influenţelor micro-grupului în dezvoltarea contaminativă a alcoolofiliei.

În privinţa repartiţiei pe sexe a bolnavilor cu psihosindroame etanolice se constată că în raport cu totalul internărilor, bărbaţii reprezintă 7.3% iar femile 1%. În ultimul deceniu se observă o creştere a psihosindroamelor etanolice la sexul feminin ca un răsunet al angajării plenare a femeii în activitatea productivă, cu independenţa ce o implică cît şi a creşterii exigenţelor socio-familiale ducînd deseori la suprasolicitare.

În cadrul internărilor pentru prima dată în Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" pe ansamblul bolilor psihice, psihosindroamele etanolice se situează pe locul IV. Pentru sexul masculin, internările pentru alcoolism se situează pe locul II în timp ce pentru femei se situează pe locul VI.

Pentru municipiul Iaşi, alcoolismul reprezintă a treia cauză de internare, în timp ce pentru restul teritoriului reprezintă a patra cauză de internare în clinica psihiatrică. În perioada 1960—1984 durata medie de spitalizare pe ansamblu a fost de 13,2 zile pentru fiecare bolnav, municipiului Iaşi revenindu-i o medie de spitalizare de 9,6 zile/bolnav. Pentru judeţul Iaşi şi restul teritoriului Moldovei sa înregistrat o durată medie de spitalizare de 14,3 zile, respectiv 15,6 zile.

În ultimul deceniu, se remarcă o constantă tendinţă de scădere a duratei de spitalizare care atestă eficienţa măsurilor terapeutice şi de asis-

tență extraspitalicească. Ca o consecință a creșterii conștiinței de sănătate a populației și a intensificării luptei împotriva consumului de băuturi alcoolice se remarcă o tendință de stabilizare și chiar de scădere a numărului alcoolicilor internați pentru prima oară în Spitalul Clinic de psihiatrie „Socola“ în condițiile dublării populației Moldovei.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Brânzei P. : Rev. Med. Chir., 1960, nr. 3, pp. 607—613.
2. Brânzei P., Scripcaru Gh., Pirozynski T. : *Comportamentul aberant în relațiile cu mediul*, Edit. Junimea, Iași, 1970.
3. Cameron C. D. : Cronique OMS, ian. 1971, nr. 1, pp. 9—18.
4. Fouquet P. : Conc. med., nr. 40, 1970, pp. 7257—7265.

DINAMICS OF INSTITUTIONALIZED PSYCHIATRIC CARE OF ETHANOLIC PSYCHO-SYNDROMES

Summary

Alcoholism is first of all a „de-modulation“ of personality determined by its predominant action on the nervous system with different manifestations and implications that may vary from the states of „psychic normality“ to those of psychic disease.

Noting the dinamics of the admissions in the Clinical Psychiatric Hospital „Socola“ of the cases of alcoholism it is revealed during the last decade a tendency of stabilization and even decrease of the number of admitted alcoholics under the conditions of the increase of Moldavia's population as a consequence of the elevation and the increase of the conscience of health of the population.

CONSIDERAŢII ASUPRA FAMILIEI ALCOOLICULUI PRIN PERSPECTIVA FACTORULUI DE RISC PSIHOPATOLOGIC

Fl. Teodorescu, N. Cosmovici, V. Chiriţă, P. Boişteanu, Rodica Stan

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iaşi

INFORMAŢII NUMEROASE ŞI DIVERSE (3, 5, 6, 9, 11), PRECUM şi observaţiii proprii (8) oferă premize pentru reflectare şi interpretarea relaţiilor intrafamiliale între alcoolism şi unele boli psihice. Într-un concept al relaţiilor de cauzalitate a stărilor alcoolismului a fost descris fie ca o „complicaţie" frecventă a bolii maniaco-depresive (3), fie o „consecinţă" a acesteia. (1, 2). Winokur şi Pitts (9), comunică o incidenţă marcată a abuzului alcoolic la rudele de prim grad ale pacienţilor cu tulburări afective. Reciproca se dovedeşte întrutotul valabilă (5).

Alcoolismul şi sociopatia, ca entităţi distincte par a avea acelaşi cadru familial de manifestare (6, 11, 12) dar, totodată tulburarea alcoolică este inclusă între manifestările tulburărilor de comportament (6, 11).

Faţă de situaţiile semnalate, nu se comunică asocieri semnificative între alcoolism şi alte tulburări psihice (10, 11).

Ne propunem ca, în cele ce urmează să încercăm o descriere a tabloului psihopatologic în familia alcoolicului, cu referire la incidenţa cazurilor morbide în cantextul factorului de risc.

Material şi metodă. În studiu se fac referiri asupra membrilor de prim grad din familii, în general numeroase, ale probanzilor alcoolici (18 bărbaţi ; 16 femei). Criteriul de selecţie al grupului prim investigat a fost operant prin diagnosticul cazului index — alcoolism primar (fără alte psihodiagnostice anterioare) — dedus din istoria evoluţiei bolii (internări). S-a stabilit prin interviuri (ale probanzilor, rudelor apropiate), completate şi verificate prin documentaţie medicală, încărcătura psihopatologică a familiei. Au fost înscrise diagnosticele (primare/secundare) rudelor afectate. Au fost consideraţi, deopotrivă membrii fără diagnostic aparent pînă la data investigaţiei. Cazurile echivoce au fost excluse din studiu.

Rezultate. Se raportează o situaţie a stărilor prezente (afectat/neafectat) manifeste la un număr de 169 rude (grad I) ale probanzilor alcoolici. 76 (45%) dintre acestea (45 ale probanzilor feminini ; 31 ale probanzilor masculini) fac dovada manifestărilor psihopatologice (tab. I).

TABELUL I

REPREZENTAREA DIAGNOSTICELOR PSIHIATRICE DUPĂ SEX ȘI FORMĂ DE RUDENIE (ÎN CIFRE ABSOLUTE)

	Probanzi masc. (N = 18)		Probanzi fem. (N = 16)	
Diagnostic / Rude	masc. / Tați	fem. / Mame	masc. / Tați	fem. / Mame
Alc. primar	6	0	8	1
Tulb. afect.	0	2	1	4
Tulb. person. (sociopat.)	2	0	2	0
Aparent neaf.	10	16	5	11
	Frați	Surori	Frați	Surori
Alc. primar	7	1.	13	1
Tulb. afect.	1	3	0	5
Tulb. person. (sociopat.)	2	0	4	1
Aparent neaf.	9	11	6	6
	Fii	Fiice	Fii	Fiice
Alc. primar	4	0	0	1
Tulb. afect.	0	1	0	2
Tulb. person. (sociopat.)	1	0	0	1
Aparent neaf.	2	6	8	1

Femeile alcoolice par a avea deci, mai mulți membri afectați în familie decît bărbații cu același diagnostic. Se remarcă, totodată că incidența stărilor alcoolice la rudele feminine ale bărbaților alcoolici este superioară celei din populația generală (11).

Diagnosticele de alcoolism (primar), tulburări afective și tulburări de personalitate (în special sociopatie) dețin o ponderе însemnată în tabloul psihopatologic general al familiilor.

Există diferențe între rudele masculine și cele feminine ale grupului de alcoolici : o reprezentare semnificativă a alcoolismului la rude masculine (49% dintre cazurile afectate) și, o incidență marcată a tulburărilor afective (22,4% dintre cazurile afectate) la rudele feminine. Din totalul persoanelor diagnosticate 11 (14,4%), cu preponderență masculine, dețin un diagnostic integrat categoriei tulburărilor de personalitate. Alte psihodiagnostice sînt, relativ slab reprezentate.

Discuții și concluzii. Respectarea unor criterii de delimitare asigurate prin unicitatea diagnosticului (primar), a imprimat o aparență

omogenitate grupului alcoolic proband. Realitatea variabilității diagnostice în familia alcoolicului ar putea face dovada unor relații deloc întîmplătoare între entitățile morbide implicate, justificînd interesul pentru elaborarea elementelor de risc familial.

Este evident că incidența marcată a alcoolicilor „primari" depășește ca semnificație cadrul comun de înțelegere a noțiunii de „familial". Sînt invocate, cel puțin pentru o parte dintre cazuri (4, 7), influențe genetice îndreptățind unele tentative prognostice.

În context interpretativ, diferențele de incidență a cazurilor masculine și feminine pot căpăta o semnificație etiopatogenetică pentru care acceptarea unui factor constituțional determinant (6), pare o condiție necesară. După unele păreri (4, 11), rolul „protectiv" al factorului cultural, mai eficient în populația feminină, justifică cu suficiență disproporția intersex a manifestărilor alcoolice în situația în care ambele sexe dețin același risc genetic. Ideea își dovedește, însă parțial valabilitatea pentru etapa de „inițiere" a alcoolismului, dar devine inoperantă într-un cadru mai larg, de co-manifestare în familie a unor entități morbide diverse.

Aproximarea unor echivalențe valorice globale (alcoolism + tulburări afective) între sexe se desprinde din realitatea tabloului psihopatologic. Considerarea alcoolismului ca echivalent afectiv (11), conferă înțeles raporturilor de manifestare a celor două categorii de stări (alcoolism la bărbați, tulburări afective la femei); s-ar putea explica astfel excesul de bărbați alcoolici. Oricum, proporțiile (superioare mediei generale (4)) aproximativ egale de persoane feminine afectate, înrudite cu bărbați alcoolici sînt semnificative pentru aprecierea coeficientului de risc a acestei populații.

Stabilirea raporturilor reale, aparent de cauzalitate, între alcoolism și tulburări comportamentale (sociopatie) rămîne subordonată cunoașterii cronologice a dezvoltării stărilor. În general, prioritatea de manifestare a uneia dintre stări co-manifeste (alcoolism și sociopatie) la același individ asigură premizele pentru încadrarea cazului. Proporția (14,4%) de rude masculine sociopate ale probanzilor cu alcoolism primar, comparativ redusă cu cea (22%), (12) a alcoolicilor sociopați provoacă, implicit aprecieri cu caracter prognostic. Se admite, astfel ca posibilă prezența indivizilor sociopați în familia alcoolicului „primar", dar incidența acestora este inferioară celei recunoscute în familiile alcoolicilor sociopați (7).

Este necesar totodată, să subliniem faptul că deosebirile între alcoolismul primar și abuzul alcoolic, implicat, deopotrivă, ca parte a comportamentului antisocial sau manifest în cadrul tulburărilor cu caracter afectiv (3, 10) atestă, în primul rînd categorii de abuzivi alcoolici, fiecare cu prognostic diferit. Unele confuzii ale criteriilor diagnostice se răsfrîng, în mod deosebit asupra acestui ultim aspect.

BIBLIOGRAFIE SELECTTIVĂ

1. Campanella G., Fossi G. : Rass. Studi. Psichiat., 1963, vol. 52, pp. 617—632.
2. Cassidy W. : J.A.M.A., 1957, vol. 164, pp. 1535—1546.
3. Freed E.X. : Quart. J. Stud. Alc., 1970, vol. 31, pp. 62—89.
4. Goodwin D.W. : Hosp. Pract., 1978, vol. 28, pp. 121—130.
5. Pitts F.N., Winokur G. : J. Psychiat. Res., 1966, vol. 4, pp. 37—50.
6. Schuckit M.A. : Ann. N. Y. Acad. Sci., 1972, vol. 197, pp. 121—126.
7. Schuckit M.A. : Quart. J. Stud. Alc., 1973, vol. 34, pp. 157—164.
8. Teodorescu Fl., Șelaru M., Stanciu M. : Viitorul psihiatriei, „Socola", Iași, 1980. pp. 820—821.
9. Winokur G., Pitts F.N. : J. Psychiat. Res., 1965, vol. 3, pp. 113—123.
10. Winokur G., Clayton P. : Brit. J. Psychiat., 1967, vol. 113, pp. 973—979.
11. Winokur G., Reich T., Rimmer J., Pitts F.N. : Arch. Gen. Psychiat., 1970, vol. 23, pp. 104—111.
12. Winokur G., Pitts F.N., Reich T. : Brit. J. Psychiat., 1971, vol. 118, pp. 525—531.

CONSIDERATIONS ON THE FAMILY OF THE ALCOHOLIC THROUGH THE PERSPECTIVE OF THE FACTOR OF PSYCHOPATHOLOGIC RISK

Summary

The authors achieve a description of the psychopathologic picture in the families of alcoholic probants (18 men ; 16 females) with a reference to the incidence of morbid cases within the context of risk factors. With an increased probability the manifestation of various psychic disorders in the same family (alcoholism, affective disorders, sociopathy) seem to prove certain non-randomly interrelations between morbid entities. It is brought into relief the intersex difference with an increased risk for affective disorders (in female kinship), alcoholism and sociopathy (in male kinship of the probants with primary alcoholism).

AMBULATORIUL DE PSIHIATRIE ŞI BOLNAVUL ALCOOLIC — ASPECTE ALE DEMERSULUI EXPLORATIV-DIAGNOSTIC

R.N. Priboi, A. Tălmaciu, Viorica Băleanu

Spitalul Municipal nr. 1, Galaţi

COMPLEXITATEA LATURII MEDICALE ÎN PROBLEMA ALCOOlismului este conferită şi de particularităţi ce vizează asocieri, uneori intercondiţionări sindromologice ce includ o mare parte a patologiei mintale şi somatice.

Observaţiile efectuate într-un serviciu de specialitate din ambulatoriu (Laboratorul de sănătate mintală, Galaţi) prilejuiesc relevarea cîtorva elemente în parcurgerea demersului diagnostic, prezentarea sintetică ce urmează abordînd aspecte referitoare la anamneză şi la coafectări viscero-umorale cu exprimarea clinică frustă sau nespecifică. Includerea cazurilor în categoriile clinice ale alcoolofiliei sau alcoolomaniei (1) s-a efectuat în urma coroborării datelor clinice obiective şi subiective cu cele anamnestice privind apetenţa, toleranţa şi dependenţa. În cadrul examinărilor anuale cu finalitate terapeutică, înregistrarea alcoolismului cronic (CIB IX, lista de bază, cod 215) şi a consumului abuziv de alcool la persoane nedependente (cod 219) totalizează valori oscilante în jurul cifrei de 4,7% ; dintre acestea, cazurile noi reprezintă aproape un sfert, cu proporţia grupelor de sex : femei/bărbaţi = 0,1.

Iniţiativa proprie a bolnavului în solicitarea instituirii unei intervenţii terapeutice energice este consemnată în 5% din cazuri, 20% acceptînd prima examinare în urma insistenţelor microgrupului familial ; unitatea medicală de bază (dispensarul) orientează 60% dintre cazurile noi, altor specialităţi revenindu-le restul de 15% din recomandări.

Ezitările şi relatările contradictorii ale bolnavului şi ale anturajului privind consumul abuziv de alcool, chiar în prezenţa unor evidenţe semiologice, nu constituie excepţii şi pot prejudicia avansarea demersului diagnostic limitînd totodată cooperarea în perspectiva demersului terapeutic. Comportamentul disimulativ se consemnează îndeosebi în grupa de sex feminină în care pacientele (4/10 cazuri, faţă de bărbaţi : 2/10 cazuri) insistă asupra acuzelor de ordin somatic, încercînd să escamoteze elemente psihopatologice subiective ; conduita se explică şi prin existenţa sentimentului de culpabilitate generat de permisivitatea scăzută a grupului, care se dovedeşte mai puţin indulgent în comparaţie cu atitudinea manifestată faţă de bărbatul consumator de băuturi alcoolice.

Etilicul cronic este în egală măsură afectat psihic și visceral dar subiectul acceptă mai ușor atributul definitoriu de bolnav somatic ; demersul psihoterapeutic declanșat încă de la primul abord clinic impune, ca element de bază, efortul îndreptat către conștientizarea întregului context morbid, inclusiv al factorului etiopatologic determinant.

Examenul somatic clinic și paraclinic trebuie să surprindă reperele de suferință viscero-umorală, asigurînd fidelitatea diagnostică și posibilitatea unei intervenții terapeutice corespunzătoare reechilibrării funcționale. Ambulatoriul de specialitate se confruntă cu o cazuistică variată : frecvenței crescute a afectărilor digestive, a hepatopatiilor cronice, adăugăm observațiile referitoare la instabilitatea glicemică, sindromul anemic și hipomagneziemie, mențiuni diagnostice de utilitate în perspectiva elaborării prescripțiilor terapeutice, capitol în care laboratorul clinic își consolidează tot mai mult poziția de interlocutor al psihiatriei (2).

— Labilitatea afectivă și hipervagotonia alcoolicului se asociază în plan biochimic și unor tendințe hipoglicemice (valori sub 0,80 g‰, determinate prin metoda Hagedorn-Jensen la cca. 1/3 din cazurile unui lot studiat), situație la care concură atît carențele trofinice, maldigestia, reducerea gliconeogenezei, scăderea debitului suprahepatic al glucozei, cît și întîrzierea ripostei hiperglicemiante, prin depresia sistemului adrenergic (4).

— Dacă la paciente sindromul anemic, cu volum eritrocitar mediu (VEM) sub 84 microni ^{3}, poate fi coincident frecventelor metropatii hemoragice, valoarea scăzută a VEM în cazul pacienților, coroborată cu nivelul inferior al deshidrazei acidului delta aminolevulinic (ALA deshidraza) sprijină afirmațiile privitoare la perturbarea eritropoiezei cu eventuala contribuție a acetaldehidei în determinarea insuficienței medulare-osoase a alcoolicului (3, 7).

— Dezechilibrul homeostatic al etilicului cuprinde toate sectoarele metabolice (8). Deși menționează rezultate și interpretări diferite, literatura oferă date numeroase asupra observațiilor privitoare la concentrația plasmatică a magneziului în alcoolism (1, 5, 6). Fără să putem consemna o proporționalitate între simptomatologia clinică și valorile magneziemiei serice, aceasta din urmă s-a situat, în majoritatea determinărilor, la cifre reduse (coborînd pînă la 0,96 mEq/1). Subliniem și aici utilitatea demersului explorativ în stabilirea oportunității terapeutice a asocierii preparatelor cu săruri de magneziu.

Cu deosebire în fața cazului nou, ambulatoriul de psihiatrie abordează problema bolnavului alcoolic într-un context a cărui complexitate este amplificată de o factorialitate multiplă, de la dificultatea recoltării unor certe date anamnestice, la necesitatea elaborării unui raționament diagnostic concordant diversității mecanismelor fiziopatologice intricate ; fundamentul unei replici terapeutice, particularizate în funcție de stadiul și forma clinică a bolii, îl oferă numai exigența examenului clinic și judiciozitatea valorificării elementelor paraclinice.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Brânzei P., Şerban Fl., Moraru O., Balţatu M., Teofănescu V., Moisa C., Verdeş A., Segal L., Gafencu A.: în vol. Relaţiile interdisciplinare ale psihiatriei, „Socola", Iaşi, 1975, pp. 87—88.
2. Briole G.: Rev. de Méd., 1982, nr. 34.
3. Delorme Marie-Francoise: Vie Méd., 1983, nr. 26, pp. 1281—1286.
4. Dorf G.: Rev. Prat., 1972, nr. 22, 25, pp. 3339—3347.
5. Hoes M.J.A.: Acta psychiat. belg., 1981, nr. 81, pp. 72—84.
6. Mărgineanu Octavia, Miu N.: *Oligomineralele în biologie şi patologie*, Edit. Dacia, Cluj-Napoca, 1984.
7. Meagher R.C.: New Engl. J. Med., 1982, 307, nr. 14, pp. 845—849.
8. Pirozynski T.: Elemente de psihiatrie, IMF Iaşi, 1980.
9. Tsonderos Y.: Le Conc. Méd., 1982, vol. 104, nr. 7, pp. 971—978.

THE PSYCHIATRY AMBULATORY AND THE ALCOHOLIC PACIENT — ASPECTS OF EXPLORATIVE-DIAGNOSTIC APPLICATION

Summary

The observations made in an ambulatory department of speciality, occasion the relevance of some elements of particularity in running through the explorative diagnostic application in case of the alcoholic pacient: aspects refering to the difficulty in obtaining some certain anamnestical data, as well as to the viscero-humoral coaffectations with clinical frust or unspecified expression (glycaemic instability, anaemic syndrome, hypomagnesiemy).

ASPECTE SOCIO-PROFESIONALE ALE ALCOOLISMULUI LA BĂRBAȚI

Elena Monica Chiriac, Dalila Știrbu, C. Postelnicu

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

INTRODUCERE : MORBIDITATEA PRIN ALCOOLISM REPREZINTĂ una din actualele și îngrijorătoarele probleme de sănătate publică ale lumii contemporane. În ultima vreme, în toate țările lumii, ea a îmbrăcat noi aspecte din care atrag în mod deosebit atenția creșterea alcoolismului la femei ca și a apetenței evidente progresive pentru consumul de băuturi alcoolice a persoanelor de vîrstă tot mai tinere. În pofida acestor noi aspecte alcoolismul „tradițional" al sexului masculin nu și-a pierdut din interes atît prin frecvența cît și noi aspecte clinice și sociale (3).

MATERIAL și METODĂ. Într-un studiu anterior (1984) am arătat că în baza datelor statistice privind internările, alcoolismul și psihozele alcoolice prezintă circa 25% din totalul internărilor. Aceasta face ca alcoolismul să fie în pavilioanele de admisie pentru îngrijiri psihiatrice primare cea mai frecventă categorie nozografică din nomenclatorul de boli care se internează, ridicînd aceleași probleme organizatorice, finanicare ca și schizofrenia.

Studiul actual s-a efectuat pe 500 cazuri reprezentative de alcoolism internate și am constatat că în cazuistica studiată de noi formele clinice fundamentale conform clasificării O.M.S CIB sînt : 15% beții alcoolice acute obișnuite (ebrietas vulgaris), 48,6% alcoolism cronic, 15% decompensări dipsomanice ale unui fond morbid al personalității sau a unei dependențe alcoolice manifest constituită, 20% tulburări psihotice alcoolice (în special stări de predelir alcoolic, delirium tremens etc.) și 1,40% psihoze alcoolice Korsakov.

În cee ce privește mediul de proveniență semnalăm cifre aproximativ egale atît pentru mediul urban cît și cel rural. Subliniem însă o mai bună tolerare și inserție a alcoolicilor de către familiile și formele instituționale din mediul rural, accentuarea gravității formelor clinice paralel cu intensificarea procesului de urbanizare. Complexitatea vieții urbane, dificultățile redobîndirii statutului de om al muncii anterior apariției alcoolismului, exigențele mereu crescînde ale muncii industriale etc. determină ca mulți alcoolici să prefere a duce o existență marginală cu solicitarea uneori abuzivă pentru reinternare. O asemenea situație nu își poate găsi rezolvarea de principiu decît prin organizarea unor modalități accesibile bolnavilor pentru a le crea motivație pozitivă pentru muncă.

In cazuistica prezentată 60% din pacienți au studii primare, 5% studii superioare, iar restul școli profesionale, diferite forme de învățămînt mediu. Bolnavii internați au fost în 48% din situații persoane cu statut al muncii, iar în 22% indivizi fără statut stabil de om al muncii, pensionari etc. Remarcăm relativ marea frecvență a alcoolismului la persoanele cu statut marital declarat,

67,5%, sîntem însă obligaţi a semnala la aceştia prezenţa unor frecvente situaţii conflictuale familiale, despărţiri în fapt de mai lungă sau mai scurtă durată, încălcări ale normelor etico-judiciare ale vieţii de familie, abandon de fapt sau de drept al familiei, lipsă de interes şi preocupări pentru viaţa de familie, educaţia copiilor. Restul pacienţilor sînt 15% divorţaţi, 6% în situaţii de concubinaj, 7% necăsătoriţi şi 4,5% văduvi.

În circa 30% din cazuri semnalăm declaraţii formale din partea pacienţilor în sensul că instalarea dependenţei alcoolice le-a fost determinată de obişnuinţa de a consuma băuturi alcoolice încă din copilărie sau adolescenţă. Modelul patern este adeseori invocat ca un factor favorizant în instalarea comportamentului alcoolomanic.

În urma analizei fiecărui caz în parte semnalăm că la 25% din alcoolici s-a depistat un fond constituţional favorizant alcoolismului, sub forma prezenţei îndeosebi a unor trăsături dizarmonice constituţionale ale personalităţii echivalente cu CIB ed. IX cu personalităţile patologice. Semnalăm însă şi o proporţie aproape egală (24%) de cazuri de alcoolici în care factorul de mediu, îndeosebi sub forma de situaţii psiho-conflictuale se impune a fi singurul element demn de semnalat în explicaţia genezei bolii. Consemnăm în continuare prezenţa la alcoolici a unor suferinţe somatice evidente : 2% hipertensiune arterială (2), 3% hepatită cronică, 6% diverse forme stabilizate de tuberculoză, 9,6% suferinţe gastro-digestive în special sub formă de ulcer duodenal. Socotim necesar a sublinia încriminarea posibil exagerată a traumatismelor cerebrale în 6,4% din cazuri.

La pacienţii studiaţi răsunetul alcoolismului asupra vieţii social-profesionale s-a materializat în observaţiile noastre prin conflicte de microgrup cu afectarea bugetului şi calităţii vieţii de familie în 28% din cazuri, impacte la locul de muncă, ajungînd la acte heteroagresive în 7%, absenţe de la serviciu în 15%, abandonarea locului de muncă 9,6%, abandonarea familiei 8%, desfaceri disciplinare ale contractului de muncă 1,6%, sancţiuni de ordin administrativ la locul de muncă 0,4%, tentative autodistructive 1,2%, accidente de circulaţie sub influenţa consumului de băuturi alcoolice 0,4% (1), modificări patologice ale comportamentului sexual în 1,6%.

La bolnavii aflaţi în cîmpul muncii durata medie a zilelor de incapacitate de muncă a fost de 10,5% zile cu oscilaţii între 2 şi 98 zile. Din totalul celor 500 bolnavi luaţi în acest studiu la 3% comisiile teritoriale de expertiză a capacităţii de muncă au stabilit incapacităţi temporare de muncă sub forma pensionării în gr. II de invaliditate. Lipsa unor posibilităţi obiective de a asigura un regim recuperator acestei categorii de etilici face ca pensionarea să fie un mijloc de întreţinere şi permanentizare a statutului de dependenţă eufomanică faţă de alcool.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Laurence Ross : Le depistage de l'alcoolemie — reduction des accidente de la circulation. Concours med. 1983, nr. 105—41, pp. 4524—4526.

2. Saunders J. Betial : Alcohol induced hipertision. Lancet 1981, nr. 2, p. 653.
3. U.S.S.M. Iași, Al III-a Simpozion privind alcoolismul — Implicații bio-psiho-sociale, Iași, 1984.

SOCIO-PROFESSIONAL ASPECTS OF ALCOHOLISM IN MEN

Summary

Clinic-statistical data are presented concerning the alcoholism diagnosed in 500 men admitted with this suffering in an admission ward. It is signalled a temporal working incapacity of about 10.5 days, medical retirement in 3% of the cases, familiar impacts and conflicts in 28%, unmotivated absences from work in 15%, abandon of jobs in 9,6%, family abandon in 8%, conflict situations at working places with possible hetero-aggressive affections in 7%, disciplinary firings in 1.6%, administrative sanctions in 0.4%, selfdestructive attempts in 1.2%, pathological changes of sexual behaviour in 1.6%, road accidents in 0.4%.

Proposals and considerations for solving the signalled problems at total social level.

MECANISMELE DE APĂRARE A EULUI ÎN PRACTICA DIAGNOSTICĂRII ALCOOLISMULUI

O. Driga, N. Cosmovici

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

A NU RATA DIAGNOSTICAREA UNUI ALCOOLIC REPREZINTĂ uneori un deziderat de cea mai mare importanță pentru societate și pentru însuși individul alcoolo-dependent.

Alcoolismul este o boală ascunsă. Dependentul alcoolic declară foarte rar consumul către medicul său. El ascunde boala chiar și față de el însuși. Slater și Roth sînt de părere că lipsa de sinceritate cu care alcoolicul își neagă afecțiunea, constituie ea însăși un simptom al bolii. Chiar rudele bolnavului ascund sau ignoră adeseori „viciul" acestuia.

Alcoolismul este considerat o boală rușinoasă și un diagnostic stigmatizat. Virtualmente toată societatea își manifestă dezaprobarea pentru alcoolic. De multe ori el nu este aprobat nici chiar de alți băutori. Astfel, un articol al lui C. Nelson Davis (2) începe prin interogația : „ce este un alcoolic ?" Răspunsul dat este : „orice individ care bea mai mult decît beau eu". El ilustrează posibilitatea ca un alcoolic să-și considere nivelul propriului consum etilic ca acceptabil, păstrîndu-și dreptul de a stigmatiza ca alcoolici pe alții.

Respins de societate, pus la stîlpul infamiei în fața celorlalți membri ai familiei, mereu în pragul descalificării profesionale sau al involuției valorice în fața grupului său social, este de presupus că un alcoolic actual a avut în prealabil mai multe tentative eșuate de „a se stăpîni", așa încît subiectul „abuz alcoolic" devine tabu pentru el, iar eul său lezat, imaginea de sine deteriorată, devalorizată, nu-i permite o dezbatere deschisă pe această temă nici chiar cu medicul său.

Chiar și acesta are de multe ori atitudine de rejecție față de „bețiv" și acesta o știe.

Am observat de-a lungul practicii problemele dificile ridicate de diagnosticarea alcoolicilor. Departe de a fi adepți ai psihanalizei am constatat manifestarea cu foarte mare frecvență a unor atitudini psihologice, din partea alcoolicului, mai mult sau mai puțin inconștiente care corespund întrutotul unora dintre așa numitele „mecanisme de apărare a eului" așa cum le-a sistematizat Coleman în 1950 (1).

Laplanche și Pontalis citați de Popescu-Neveanu, arată următoarele despre aceste mecanisme (4) : „Apărarea, într-un mod general se referă la excitațiile interne (pulsiuni) și, efectiv, la acele reprezentări (amintiri, fantasme) de care pulsiunile sînt legate, la acele situații capabile să declanșeze excitația într-o măsură în care aceasta nu este compatibilă cu echilibrul și de aceea este dezagreabilă pentru ea. Afectele neplăcute, motivele sau semnalele de apărare, pot fi de asemenea obiecte ale apărării. Procesele defensive se specializează ca mecanisme de apărare, mai mult sau mai puțin integrate eului. Marcate și infiltrate asupra pulsiunilor respective, mecanismele de apărare a eului iau deseori alura unor compulsiuni și operează, cel puțin parțial, în mod inconștient."

Popescu-Neveanu face precizarea foarte oportună că „în unele cazuri conceptul de apărare este apropiat de cel de interdicție pentru evitarea dezechilibrului și neplăcerii."

Vom prezenta mai jos mecanisme de apărare a eului întîlnite de noi în practica psihiatrică de ambulator.

I. *Refuzul realității.* Definit ca : protejarea eului de o realitate neplăcută prin refuzul de a o percepe (4). *La alcoolic* este vorba de refuzul de a accepta faptul că face abuz de băuturi alcoolice, respectiv că este un alcoolic.

II. *Proiecția.* Este definită ca : plasarea blamului pentru dificultăți pe seama altora sau atribuirea propriilor dorințe imorale altora (4). *La alcoolic* este vorba de blamarea disproporționat de aspră a altora ca alcoolici vicioși, în același timp ignorîndu-se propriul consum alcoolic abuziv.

III. *Raționalizarea.* Definită ca : „Încercarea de a aproba faptul că un comportament este rațional și justificabil și astfel vrednic de sine și de aprobarea socială" (4). *La alcoolic* este vorba de justificarea prin argumente raționale a consumului alcoolic abuziv.

Concluzii : Excluderea diagnosticului de alcoolism nu trebuie făcută doar pe baza anamnezei personale.

— Tendința — uneori inconștientă — de a-și păstra în fața celor din jur și în fața propriei conștiințe o imagine de sine favorabilă îl face pe alcoolic să depună eforturi uneori foarte mari — conștientizate sau nu — pentru disimularea viciului său.

— Rolul foarte important pe care-l au mecanismele de apărare a eului, în menținerea unei homeostazii psihologice a alcoolicului trebuie avut în vedere în modul de abord diagnostic și terapeutic al bolnavului alcoolic.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Coleman, J.P. : *Abnormal Psychology and Modern Life.* Chicago, Scott Foresman, 1950.
2. Davis, C. Nelson in : J.A.M.A., vol. 238, nr. 2, 1977.
3. Fouquet, P., Haas, M., în : Le Concours Med., vol. 93, nr. 8, 1971.
4. Popescu-Neveanu, P. : *Dicționar de psihologie*, București, Edit. Albatros, 1978.

DEFENDING MECHANISM OF THE *I* IN THE PRACTICE OF THE DIAGNOSIS OF ALCOHOLISM

Summary

There have been identified three main mechanisms of the defence of the *I*; which distinctly affects the results of the effort of diagnosing : denial of reality, projection and reasoning. There are given clinical cases. Conclusions are drawn on practical aspects connected to the avoidance of the interference of the mechanisms of the defence of the *I* in the practice of alcoholism.

PARTICULARITĂŢI CLINICO-NOZOLOGICE PRIVIND TENTATIVELE DE RECUPERARE ÎN EPILEPSIE

M. Baltaru, Sofia Dudeanu, C. Borza, Drăguţa Nicolae, I. Mihalache, Gr. Balanovschi

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iaşi

BOALA PSIHICĂ ANTRENEAZĂ O SERIE DE CONSECINŢE CARE depăşesc domeniul individual-clinic şi intră în cel social. Îndepărtarea acestor consecinţe reprezintă fondul dezideratului de „recuperare", care, în sensul său ideal, semnifică restabilirea poziţiei individului în activitate la parametrii iniţiali. În realitate însă, acest lucru este greu realizabil datorită numeroaselor obstacole. Din aceste motive se admite ideea „recuperării în trepte" conform căreia restabilirea poziţiei individului în societate se poate realiza cu atingerea unei trepte inferioare celei premorbide, cu condiţia asigurării unui grad minim de independenţă socială. Acest „grad minim" este delimitat de capacitatea individului de a da ceva societăţii în schimbul a ceea ce primeşte, deci de a realiza un raport de intercondiţionare, fie şi neechivalent (3).

Obiectul recuperării ca şi conţinutul ei ridică probleme specifice pe care ne-am propus să le evidenţiem la bolnavele epileptice spitalizate în cursul anilor 1983 şi 1984.

Experienţa se referă la un număr de 235 bolnave internate cu diferite forme de epilepsie. Dintre aceste bolnave numai la 6,38% se notează debutul afecţiunii în copilărie, iar la 93,61% boala a apărut la vîrsta adultă.

La prima internare au fost un număr de 20 paciente — 8,51% şi cu multe internări 215 reprezentînd 91,48%. Pe grupe de vîrstă: pînă la 25 ani — 38 paciente reprezentînd 16,17%, între 26—35 ani — 96 cazuri reprezentînd 40,5%, între 35—45 ani — 49 paciente, reprezentînd 20,85% şi peste 45 ani — 52 cazuri — 22,12%.

Cel mai mare număr de paciente, 180, au fost din mediul urban — 76,60% şi din rural 55 cazuri reprezentînd 23,40%.

Numai 9 din toate cazurile studiate erau cu studii superioare (3,82%), cu studii medii 61,23% (158 cazuri) şi 68 paciente cu studii elementare reprezentînd 28,93%.

Majoritatea datelor din literatură contemporană evidenţiază că, după reprofilarea sau schimbarea locului de muncă cca. 72% din epileptici păstrează capacitatea de muncă.

În studiul nostru se evidenţiază că numai 99 cazuri erau în activitate păstrînd capacitatea de muncă, reprezentînd 42,1%, ele lucrînd în diferite întreprinderi iar celelalte paciente lucrau în agricultură 11 cazuri — 4,68%, 9 cazuri (3,82%) erau elevi sau studenţi desfăşurînd activităţile şcolare în mod normal.

După forme clinice, epilepsia „grand mal" a reprezentat 78 internări (33,19%), psihoze epileptice 39 cazuri (16,59%) și alte forme 118 — 50,21%.

Numai un număr redus de paciente cu epilepsie „grand mal" lucrează — 12 reprezentînd 1,5% — paciente care-și efectuează tratament cu regularitate fiind dispensarizate și care manifestă crize cu o frecvență redusă.

Experiența noastră relevă că epilepticul nu trebuie privit ca un element dependent sau neadaptabil. Încadrarea în locuri de muncă corespunzătoare, unde epilepticul poate să desfășoare o activitate rodnică avînd senzația succesului, duce și la o scădere importantă a numărului de pensionări.

Obiectul recuperării bolnavului psihic (epilepticul cu tulburări psihice) — se referă și la implicațiile psihosociale generate de boală și care cuprind elemente de dificultate în demersul recuperator, ex : ancorarea în boală, demisia socială, atitudinile hiperprotective sau dimpotrivă, de cele mai multe ori respingerea bolnavului prin atitudini incomprehensive (ignorare, indiferență, rejectare) (4).

Ancorarea în boală cu demisia socială reprezintă elementele esențiale perturbatoare ale recuperării, care exprimă implicațiile psihologice ale situației de boală.

Aceste dificultăți nu constituie și nu trebuie să constituie obstacole majore, atîta vreme cît efectele lor sînt limitate sau combătute în timp util.

Dificultăți mari privind reîncadrarea în muncă am întîlnit îndeosebi la bolnavele epileptice cu tulburări comportamentale. De ex. cca. 12,7% din bolnavele cu astfel de tulburări au schimbat între 6 și 66 locuri de muncă în decurs de 3 ani (2).

Conceptul de recuperare cît și cel de deficiență nu sînt simple abstracții ci realități concrete, imediate, obiective, care pornind de la planul individual clinico-terapeutic, apar în perspectiva comunității ca probleme colective, de o importanță socială majoră, reclamînd o acțiune colectiv-profilactică și de intervenție promptă cu maximum de eficiență. Recuperarea presupune o muncă în echipă și necesită un cadru adecvat. Studiul nostru se bazează pe faptul că în toate cazurile urmărite în spital, s-a asigurat legătura cu familia bolnavului și colectivul de muncă în funcție de imperativele stării clinice la un moment dat. Extinderea anchetelor sociale, vor trebui practicate în totalitatea cazurilor luate în evidență și în studiu.

Concluzii. 1. Datele noastre în concordanță cu datele din literatură arată că în afara epilepsiei „grand mal" cu crize frecvente celelalte tipuri se găsesc în activitate, 42,1%.

2. Lipsa de crize majore sau crize grand mal mai indică prognostic bun și menținerea în activitate cu păstrarea capacității de muncă.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Brânzei P. : *Itinerar psihiatric*, Edit. Junimea, Iași, 1975.
2. Enăchescu C. : *Igiena mintală și recuperarea bolnavilor psihici*, Edit. Medicală, București, 1979.
3. Mirończov-Tuculescu V. : Rev. Neur., Psihiat. Neurochir. nr. 2, 1980 ; pp. 101—105.
4. Popoviciu L. : *Epilepsiile*, Edit. Medicală, București, 1976.

CLINICAL-NOSOLOGICAL PECULIARITIES CONCERNING THE ATTEMPTS RECUPERATION IN EPILEPSY

Summary

The study was carried out in 235 epileptic females admitted in the period between 1983—1984 in a Clinic service for Women, of whom 119 (45,92%) in full activity.

The authors have the opinion that the epileptic should not be considered as a dependent element and for their insertion in corresponding working places able to create the environment and the feeling of succes that lead to an important decrease of pensionings. This aim would be achieved by only uniting all the factors interested in defending and promoting collective health.

CONSIDERAŢII ASUPRA DINAMICII INCAPACITĂŢII TEMPORARE DE MUNCĂ — INDICATOR DE SĂNĂTATE A POPULAŢIEI

Cornelia-Maria Vulpe

Spitalul judeţean Piatra Neamţ

ÎN CADRUL METODEI COST-EFICIENŢĂ-BENEFICIU, INCAPACITATEA temporară de muncă (I.T.M.), reprezintă unul dintre cei mai importanţi indicatori în aprecierea stării de sănătate a populaţiei productive dintr-un teritoriu dat (1, 2, 3, 4). Lucrarea de faţă îşi propune urmărirea acestui indicator într-o perioadă de 5 ani.

Metodă : S-au luat în studiu datele statistice din care s-au extras zilele de I.T.M. acordate pentru boală în general, la care s-au raportat zilele de I.T M. pe boli psihice.

— Foile de observaţie clinică din secţia judeţeană de psihiatrie din care s-au extras zilele de concediu medical acordate pe timpul spitalizării şi la externare.

— Registrele de consultaţie şi fişele bolnavilor din cabinetul de psihiatrie al Dispensarului Policlinic.

— Clasificarea datelor s-a făcut după centralizatoarele lunare, cuprinzînd codurile din a IX-a clasificare O.M.S. împărţite în : tulburări nevrotice şi tulburări mintale.

Subliniem că pentru analiza morbidităţii din secţie, în cadrul tulburărilor nevrotice am inclus psihogeniile (reacţii, nevroze, sindroame nevrotiforme). Toate datele oferite de foile de observaţie au fost departajate pentru afecţiunile internate.

Constatări. I. În primul an al studiului, totalul general al I.T.M. de cauză psihiatrică reprezintă 11% din totalul I.T.M. general-boală. În al 2-lea an al studiului, I.T.M. de cauză psihiatrică reprezintă 8% din I.T.M. general de boală. În al 3-lea an al studiului I.T.M. de cauză psihiatrică reprezintă 6% din I.T.M. general de boală. În al 4-lea an al studiului I.T.M. de cauză psihiatrică reprezintă 7% din I.T.M. general de boală. În al 5-lea an de studiu, I.T.M. de cauză psihiatrică înscrie un procentaj de 7% din I.T.M. general de boală.

II. Studiind afecţiunile care au crescut I.T.M. prin zilele de spitalizare, pe perioada celor 5 ani studiaţi, se constată înscrierea la niveluri sensibil egale a psihogeniilor. Tulburările de adaptare, psihopatiile şi delirurile alcoolice cresc zilele de concediu medical progresiv. Psihozele endogene, deşi determină o creştere a indicelui de durată medie prin zile multe de spitalizare, dau zile de concediu medical puţine, fie prin neîncadrare în cîmpul muncii, fie prin demisia lor.

III. Zilele de I.T.M. din ambulator cresc către sfîrșitul perioadei de studiu, remarcîndu-se valori mari pentru tulburările nevrotice în cazul primilor 2 ani, cu inversarea raportului în ultimii 3 ani de studiu (tulburările mintale cresc față de cele nevrotice).

Concluzii. 1. Procentajul I.T.M. de cauză psihiatrică, față de I.T.M. general de boală (excluzînd accidentele și bolile profesionale) reprezintă 7,8%, indicator ce relevă o stare bună a sănătății mintale a populației productive.

2. Regimul intraspitalicesc determină numărul cel mai mare de zile I.T.M., fiind produs mai ales de către tulburările psihice majore.

3. Ambulatoriul, reține atenția prin creșterea zilelor I.T.M. în ultimii 3 ani, pentru tulburările mintale față de cele nevrotice.

4. Creșterea în dinamică, în cei 5 ani de studiu, a zilelor acordate atît din spital cît și din ambulator pentru tulburările de adaptare, constituie semnal către polarizarea activității profilactice la locurile de muncă.

5. Reducerea indicatorilor de durată medie în spital (în medie 11,6 zile pe cei 5 ani studiați) se poate obține prin reducerea internărilor pentru tulburările nevrotice și de adaptare, cît și prin creșterea eficienței rețelei de L.S.M. în activitatea curativă ambulatorie pentru bolile cu evoluție prelungită.

6. Subliniem că din numărul total de bolnavi internați, o medie de 48% necesită concedii medicale, zilele de spitalizare fiind în număr mare pentru bolile psihice cu evoluție prelungită, care de altfel, obțin cea mai mare rată de reinternări.

7. Din cele de mai sus reiese necesitatea intensificării activității ambulatorii curativă, prin aceasta înțelegîndu-se și scoaterea din mediul productiv pînă la obținerea randamentului optim, a activității profilactice primare pentru prevenirea reacțiilor și intensificarea activității de recuperare prin proces ergoterapic.

8. Costul mediu al unei zile de spitalizare raportat la o zi de I.T.M. relevă că din punct de vedere economic, este de preferat să crească numărul I.T.M. din ambulatoriu.

9. Eficiența zilelor de concediu medical acordate bolnavilor de către sectorul ambulator psihiatric va crește cînd aceste zile vor fi utilizate de către bolnav în scop recuperator, prin evitarea situațiilor stresante a mediilor cotidiene stereotipale, inclusiv a conjugopatiilor.

10. Consider necesară abordarea mai curajoasă a deciziilor asupra reorientării profesionale pentru cazurile ce manifestă tulburări de adaptare la ritmul productiv crescut, în cadrul întrunirilor periodice a echipelor psihiatrice din fiecare teritoriu-sector psihiatric.

11. Din studiu rezultă și necesitatea intensificării educației sanitare, atît pentru deschiderea orizontului cognitiv asupra psihiatriei, a factorilor de conducere din colectivitățile productive, cît și a populației generale, pentru cunoașterea efectelor nocive a excitantelor — în special a alcoolului —, dar și în scopul anulării preconcepției de „stigmatizare“ a bolnavului ce se adresează sectorului psihiatric.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVà

1. Anjaleu E. : Communication entre usageues et statisticiens, WHO/HS/NAT/CAM., Com./75334.
2. Edwards D. W., Tupin I. P. : Ann. Med. Psih., Paris, 1979, nr. 1—2.
3. Forrest S. : Grandes lignes de l'evaluation des statistiques sanitaires au cours des derniers annes et dans un prochain avenir, WHD/HS/TS/326.
4. Hannibal J. U. : Direct cost study measurement, CH 10, Haga, 1976.

CONSIDERATIONS ON THE TEMPORARY INCAPACITY OF WORK DUE TO PSYCHICAL DISEASE

Summary

This work presents a five-years comparative study of T.I.W. — hospital/out-patients' clinic, having in view its values in progress.

In is related to general T.I.W. per disease.

We may remind from the conclusions :

— the reduction, of T.I.W. by diminishing the psychogenetic admission and the difficulties of adaptation.

— the reduction of the frequency of reactions by intensifying the ambulatory prophylactic activity and the sanitary education.

— the growth of T.I.W. efficiency in ambulatory conditions by psychocurative use of the given rest.

— a more frequent approach to the professional re-orientation, as a prophylactic method.

— the growth of the sanitary economy through sick leave, in ambulatory versus hospital.

CONSIDERAŢII ASUPRA CONCEPTULUI DE BOLNAV PSIHIC CU EVOLUŢIE PRELUNGITĂ, BOLNAV CRONIC INVALIDAT ŞI PROBLEMELE ASISTENŢEI SALE INSTITUŢIONALIZATE

Marioara Ast, M. Cojocaru, C. Postelnicu

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iaşi

CONSIDERAŢII PRELIMINARE. PUŢINE INSTITUŢII AU FOST SUpuse în ultimele decenii la critici atît de deschise, declarat ostile şi contradictorii ca spitalul de psihiatrie. De la aprecieri uneori quasiunanime că este cheia de boltă a asistenţei psihiatrice şi pînă la cereri făţişe zgomotoase de desfiinţare a sa, asupra acestei forme de asistenţă a populaţiei s-au făcut auzite cele mai diverse opinii.

Acuzat de efecte contraterapeutice, de generarea sindromului azilar, de practicarea unei „ideologii" medicale, ergoterapeutice sau psihoterapeutice afectînd libertatea individuală, cît şi de instalarea la bolnavii psihici a unei conduite regresive, spitalul de psihiatrie rămîne totuşi o prezenţă instituţională vie în viaţa oricărei societăţi din zilele noastre. Solicitărilor mai mult sau mai puţin declarate de a fi dezinstituţionalizat, realităţile sociale, practica vieţii cotidiene le răspunde prin necesitatea de a fi supus la studii de sociologie asupra necesităţilor şi condiţiilor de spitalizare psihiatrică. (1).

Metodă, material, observaţii. S-a încercat a se efectua un screening pe un număr de 436 de pacienţi aflaţi internaţi într-una din zilele anului 1985, în secţiile cu profil de pavilioane de admisie. La aceste pavilioane multe internări se operează în regim de urgenţă socială, criteriul medical subordonîndu-se adeseori unor situaţii sociale de stringentă rezolvare.

Avînd în vedere aspectul medico-administrativ şi socio-economic al internărilor pacienţii au fost diferenţiaţi din punct de vedere operaţional în :

a) bolnavi acuţi : persoane care într-o anumită perioadă de evoluţie a bolii au nevoie de asistenţă medicală terapeutică intensivă cu utilizarea cu precădere a clinoterapiei.

b) bolnavi cu evoluţie prelungită : persoane la care îngrijirile curente se asigură îndeosebi prin mijloace psihofarmacologice şi de umanizare prin ergoterapie, pe cît posibil într-un regim de comunitate terapeutică.

c) bolnavi cronici : persoane dependente în a-şi asigura existenţa pe tot parcursul vieţii de un sistem instituţional cu paturi capabil de

a furniza îngrijiri medicale primare în cadrul unui context psiho și socioterapeutic.

Clinico-statistic situația prezintă următoarele aspecte raportate la ‰ :

— distribuția pe sexe :

bărbați 477‰ ; femei 523‰

— grupare pe categorii de vîrstă :

0—19 ani = 43,5‰ ; 20—29 ani = 204‰ ; 30—39 ani = 283‰
40—49 ani = 181‰ ; 50—59 ani = 178,50‰ ; 60—69 ani = 71‰
70 ani și peste = 39‰.

— încadrarea nozografică conform nomenclatorului O.M.S. CIB ed. IX :

cod O.M.S.	Denumirea bolilor	Pondere %
290	Stări psihotice organice senile	57 ‰
291	Psihoze alcoolice	11 ‰
294	Alte stări psihotice organice (cronice)	20,50‰
295	Psihoze schizofrenice	208,60‰
296	Psihoze afective	147 ‰
297	Stări delirante	8,6 ‰
300	Stări nevrotice	275 ‰
301	Tulburări de personalitate	29,80‰
303	Sindromul dependenței alcoolice	98,50‰
309	Tulburări de adaptare	27,50‰
331	Alte stări depresive	27,50‰
318	Înapoiere mintală	25 ‰
345	Epilepsii	65 ‰

În raport de criteriul evolutiv și implicațiile medico-administrative s-a apreciat că totalul celor interesați este format din :

A. — bolnavi acuți	394,50‰
B. — bolnavi cu evoluție prelungită	359,50‰
a) cu prezența capacității de muncă și inserție socio-profesională	220 ‰
b) cu incapacitate de muncă dar posibilitate de inserție socio-profesională în perioada de remisie	18 ‰
c) cu incapacitate de muncă și imposibilitate de menținere în familie, dar cu disponibilități pentru ergoterapie	
C. — bolnavi cronici	347 ‰
a) cu capacitate de autoservire	121,50‰
b) cu incapacitate de autoservire	20,50‰
c) cu inserție în ergoterapie	205 ‰

O asemenea situație o găsim a fi normală într-o epocă în care asistența psihiatrică a trecut de la modelul azilar al psihiatriei „ușilor închise“ la asistența în regim de „uși deschise“, psihiatria „open doors“. Realitățile contemporane arată că psihiatria „open doors“ a devenit o psihiatrie a ușilor turnante. Între societatea globală și spitalul de psihiatrie s-a instaurat un sistem de „uși turnante“ care trebuie tot mai serios

luate în seamă de cei interesați în problemele funcționalității unităților sanitare. (3).

Concluzii. În realitățile morbidității psihiatrice contemporane este de așteptat ca solicitările de internări în spitalele de psihiatrie să fie în permanentă creștere. Față de această situație se impune necesitatea de a diversifica formele de asistență instituționalizată avînd în vedere faptul că asistența ambulatorie rezolvă doar parțial, incomplet și discontinu numai unele din problemele bolnavului psihic. Pentru început se consideră oportună înființarea de secții sanatoriale (sanatorii de zi și de noapte) cît mai aproape de locul de muncă, preferabil în cadrul unităților medicale de pe platformele industriale, ca și de unități (secții) cu profil recuperator, cămine, pensiuni etc. (4).

Trebuie pusă în discuție găsirea de forme de asistență în sensul patronajului familial cît și a prezenței diferențiate într-un cadru teritorial a mai multor județe a unor unități cu profil special de protecție. Amplasarea topografică a unităților de psihiatrie e necesar să fie axată pe zonele de confluare a marilor căi de comunicație, în jurul marilor localități urbane. (2).

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Cucu C. I.: *Psihiatrie socială* Partea a II-a, Edit. Litera, București, 1983.
2. Jonckneere P., Roelants M., Corveleyn I.: Acta psychiatrica belgica 1978 fasc. 3, pp. 429—529.
3. Kiesler C. A., Sibulkin A. E.: Amer. J. Psychiat. 1984; 141 nr. 1 pp. 44—48.
4. Fenton W. S., Leaf P. J., Moran N. L., Tischler G. L.: Amer. J. Psychiat. 1984; nr. 3; pp. 346—351.

CONSIDERATIONS ON THE CONCEPT OF PSYCHIC PACIENT WITH LONG TERM EVOLUTION, INVALIDATED CHRONIC PACIENT AND THE PROBLEMS OF HIS INSTITUTIONALIZED CARE DELIVERY

Summary

A screening carried out on the pacients admitted in the wards of „Socola" Hospital showed the increased preponderence of females (523‰) and of relatively young age of the population (668‰ until 49 years old).

The distribution into nosographic categories is as follows: neurotic disorders 275‰, schizophrenic psychoses 208,60‰, affective psychoses 147‰, syndromes of alcohol dependence 98,50‰, senile and pre-senile organic psychotic states 57‰.

Proposals and considerations are made on the forms of institutionalized care delivery regarding the long term pacients (395,50‰) and chronic pacients (347‰).

ASPECTE PRIVIND ROLUL DISPENSARULUI DE ÎNTREPRINDERE ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ ŞI REINTEGRAREA PROFESIONALĂ A BOLNAVILOR CU TULBURĂRI NEVROTICE

R. Petruşca, Th. Horopciuc, Rodica Grădinaru, Lidia Antoniuc

Institutul de Medicină şi Farmacie Iaşi
Policlinica pentru întreprinderi

DIN DATELE EXISTENTE ÎN PREZENT PRIVIND SITUAŢIA BOLIlor neuropsihice în cadrul morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă reiese că tulburările nevrotice deţin o pondere importantă reprezentînd o problemă de sănătate cu largi implicaţii bio-socio-economice. (1, 2).

Tulburările nevrotice pot prezenta diferite aspecte în funcţie de o serie de factori ce ţin de viaţa psihică a individului, condiţiile de trai, raporturile sociale şi mediul social. Nu se poate spune că există tulburări nevrotice, determinate de un singur factor sau nevroză constituţională căci nu se poate ignora existenţa celorlalţi factori socio-profesionali, instructiv-educativi, rolul suferinţelor viscero-umorale ş.a. (1, 2, 3, 5, 6, 7).

Apariţia oboselii are profunde implicaţii pe plan individual şi social căci apar efecte negative asupra stării de sănătate, iar atunci cînd devine cronică determină scăderea rezistenţei organismului la diverse îmbolnăviri favorizînd şi apariţia tulburărilor neuropsihice.

Oboseala cronică se poate manifesta ca o nevroză cu expresie psihică sau psiho-somatică putînd duce şi la apariţia unor tulburări cu caracter organic (ulcer, tensiune arterială, cardiopatii etc.).

În acest context apar tulburări de somn, tulburări psiho-afective, tulburări senzitivo-senzoriale (cenestopatii, parestezii, ameţeli, tulburări de echilibru, tulburări de vedere) sau tulburări neurovegetative diverse. Diagnosticul este uneori destul de dificil, deoarece oboseala cronică nu trebuie confundată cu nevroza astenică care prezintă în etiologie conflicte psiho-traumatizante pe fondul unui teren nevrotic, dar care poate să apară şi pe fondul unei oboseli cronice de tipul unui sindrom „somato-psihic de epuizare".

Cauzele care depind de munca propriu-zisă pot fi variate pornind de la organizarea nerațională a muncii (efort fizic intens, prelungirea programului de lucru, munca în schimburi alternante, zgomot, microclimat nefavorabil, iluminat necorespunzător). La acestea se pot adăuga suprasolicitările neuropsihice prin efort de atenţie concentrată, muncă monotonă sau repetitivă, responsabilitate crescută şi unele motivaţii legate de relaţii conflictuale la locul de muncă sau insatisfacţii profesionale. (1, 2, 3, 8, 9).

Factorii socioeconomici şi familiali care nu depind direct de muncă pot contribui şi ei la apariţia oboselii.

Ținînd seama de aceste aspecte dispensarul medical de întreprindere poate juca un rol important în ameliorarea unor condiții de muncă și prin măsuri curativo-profilactice adecvate în vederea prevenirii apariției unor îmbolnăviri neuropsihice și reinserția profesională a celor ce prezintă astfel de tulburări. Principalele acțiuni ale medicului de întreprindere trebuie să fie axate în cazul bolnavilor cu tulburări nevrotice pe următoarele probleme : încadrarea sau reîncadrarea unor bolnavi în raport cu capacitatea de muncă ; urmărirea medicală după încadrare pentru supravegherea adaptării la locul de muncă ; dispensarizarea unor bolnavi cu tulburări neuropsihice, cunoașterea morbidității cu incapacitate temporară de muncă prin afecțiunile neuropsihice și în special a tulburărilor nevrotice ; stabilirea de relații funcționale permanente cu medicul psihiatru din policlinică sau spital, medicul de medicina muncii, organele sindicale și de conducere ale întreprinderii (3, 8. 9).

a. Încadrarea sau reîncadrarea profesională a bolnavilor cu tulburări nevrotice trebuie să se facă prin evaluarea capacității de muncă ținînd seama de intensitatea și gravitatea tulburărilor prezentate de profunzimea acestor tulburări și de durata acestora. Datele concluziilor medicale trebuie să fie completate prin investigații în teren la locul de muncă, familie precum și prin examene psihologice și teste de aptitudini în funcție de locul de muncă. Capacitatea de muncă este în directă legătură cu formele clinice de boală de care trebuie să se țină seama la reîncadrarea în muncă. Menținerea simptomatologiei clinice morbide după tratament clinic și psihoterapic de cel puțin șase luni impune expertizarea prin comisia de expertiză și pensionarea de gr. III la propunerea medicului specialist. Tulburările nevrotice în general nu constituie de obicei cauzele unei pierderi stabile a capacității de muncă ducînd numai la pierderi temporare ce necesită un tratament activ complex și intensiv asociat cu măsuri care trebuie să se adreseze condițiilor de existență general-socială, profesională și familială a bolnavului. (3, 8, 9).

b. Urmărirea medicală după reîncadrare trebuie sc se efectueze de medicul de întreprindere în prima lună, la 14 zile de la data reînceperii lucrului și la 30 zile de la reîncadrare. Aceasta se realizează prin urmărirea capacității individuale de a realiza sarcinile profesionale fără a înregistra fenomene negative cu ocazia vizitei la locul de muncă în prima etapă și chestionarea subiectului și a membrilor echipei de lucru. În etapa a doua se face din nou o examinare clinică și neuropsihică cu ajutorul medicului specialist, trăgîndu-se concluziile ce se impun.

c. Dispensarizarea bolnavilor cu tulburări nevrotice reprezintă o metodă curativo-profilactică de mare importanță realizîndu-se cu sprijinul medicului specialist. După selecționarea cazurilor întocmirea planului terapeutic și de recuperare trebuie să aibă în vedere rezolvarea problemelor de terapie medicamentoasă, fizioterapie, regim igieno-die-

tetic, regimul de viaţă şi regimul de muncă (program redus, scutire de tură de noapte, locuri de muncă protective etc.) Medicul de întreprindere trebuie să aibă o evidenţă a locurilor de muncă cu condiţii protective iar fişa ergonomică trebuie să fie pusă la dispoziţia medicului expert. La nivelul întreprinderii trebuie să funcţioneze o comisie din care să facă parte medicul de întreprindere, organul responsabil cu protecţia muncii şi psihologul. Pensionarii de gr. III de invaliditate vor fi de asemeni dispensarizaţi şi urmăriţi.

d. **Morbiditatea** cu incapacitate temporară de muncă la bolnavii cu tulburări nevrotice trebuie să fie bine cunoscută şi studiată de medicul de întreprindere. Prin recomandarea şi urmărirea unui ansamblu de măsuri eficiente şi raţionale de profilaxie primară morbiditatea poate fi menţinută la valori stabile fără a pune probleme de semnificaţie socială, economică şi medicală deosebită.

În contextul unei situaţii fără modificări în procesul de producţie sau în structura sociologică a forţei de muncă apariţia unei creşteri a morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă prin boli psihice se poate explica şi prin creşterea permanentă a conştiinţei de sănătate a populaţiei cît şi prin influenţa factorilor stressanţi surveniţi pe un fond biopsihic preexistent angajării. Se recunoaşte că psihogenia este mecanismul patogenic actual în apariţia nevrozelor dar nu sînt de neglijat nici factorii somatici. La nivelul actual de cunoaştere sînt greu de conceput tulburări funcţionale existenţe fără tulburări de structură uneori acestea producîndu-se la nivel molecular prea accesibil mijloacelor de investigaţie actuale. Faptul că reactivitatea somatică se găseşte în limite normale la marea majoritate a bolnavilor cu tulburări nevrotice din industrie prezintă interes sub aspect practic, medical şi social fiind o condiţie favorabilă în asistenţa medicală şi recuperarea capacităţii de muncă a acestora.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Angheluţă V., Nica-Udangiu Şt., Nica-Udangiu Lidia : *Psihiatrie epidemiologică.* Edit. Medicală, Bucureşti, 1983.
2. Brânzei P., Scripcaru Gh., Pirozynski T. : *Comportamentul aberant în relaţiile cu mediul,* Edit. Junimea, Iaşi, 1970.
3. Enăchescu C. : *Igiena mintală şi recuperarea bolnavilor psihici.* Edit. Medicală, Bucureşti, 1979.
4. Predescu V. şi colab. : Rev. Igiena, Bucureşti, nr. 23, pp. 6, 361.
5. Pirozynski T., Scripcaru Gh., Pirozynski Miarka, Gottlieb H. : Rev. Medico-Chirurgicală, Iaşi, 1983, nr. 4, pp. 541—544.
6. Pirozynski T., Scripcaru Gh., Pirozynski Miarka : Rev. Med-Chir., Iaşi, 1982, nr. 4, pp. 595—598.
7. Pamfil Ed., Ogodescu D. : *Nevrozele.* Edit. Facla, Timişoara, 1974.
8. Stavri Gr., Săndulescu Georgeta, Silion I. : Curs. Medicina muncii Litog. I.M.F. Iaşi, 1983.
9. Silion I., Petruşca R., Mihalache Cornelia : Medicina muncii (Ghid practic pentru studenţi) Litog. I.M.F. Iaşi, 1984.

ASPECTS OF THE ROLE OF INDUSTRIAL POLYCLINICS OF PACIENTS WITH NEUROTIC DISORDERS

Summary

The authors present certain problems concering morbidity by neuropshychic disease, as well as certain aspects of neurotic disorders in industry. The implications of work conditions as favouring factors in causing and developing neurotic disorders in industrial environment are also dealt with. The paper embarks upon the active role of enterprise medical care, concerning medical examination on re-employment, adaptation, supervision, follow-up, morbidity, temporary work incapacity knowledge.

Special attention is given to taking complex steps and the close collaboration among the enterprise physician, the neuro-psychiatrist in polyclinics and the hospital.

DISPENSARIZAREA BOLNAVILOR PSIHICI, ÎNTRE PRACTICI VECHI ŞI PERFECTĂRI MODERNE

I. Ivaşcu

Spitalul orăşenesc Orăştie

DISPENSARIZAREA MEDICALĂ PRESUPUNE ASISTENŢA SIMULtană biologică, psihologică şi socială. Teoretic, dispensarizarea este orientată în mod dinamic spre probleme medicale majore începînd cu activitatea predominent profilactică şi continuînd cu intervenţia activă în echipă multidisciplinară în vederea reîncadrării bolnavului în activitatea profesională şi viaţa socială. (2, 6, 9).

Actualele Norme tehnice ale Ministerului Sănătăţii de dispensarizare a unor bolnavi cu afecţiuni de lungă durată difuzate unităţilor sanitare din teritoriu prevăd pentru psihiatrie dispensarizarea schizofreniei, psihozei maniaco-depresive, delirurilor sistematizate cronice şi a tulburărilor de comportament la copii cu un ritm al consultului trimestrial de către medicul de medicină generală şi semestrial de către medicul de specialitate. (10). Aplicarea lor practică trebuie făcută individualizat în funcţie de morbiditatea specifică a teritoriului, iar ritmul consultaţiilor adoptate în funcţie de evoluţia fiecărui caz în parte.

Această schemă nu acoperă în mod satisfăcător nevoile asistenţei psihiatrice ambulatorii. Ea suferă de un împrumut de la modelul bolilor somatice oferind o relaţie terapeutică fragmentară, deşi bolile psihice necesită intervenţie ameliorativă permanentă medicală şi socială.

Aşa cum este concepută în prezent, dispensarizarea se adresează în exclusivitate bolnavilor, deşi psihiatrul modern navighează de mai mult timp pe calea inversă de orientare antropologică şi esenţa dialectică, pornind de la persoana umană normală, de la lumea celor sănătoşi (1, 3, 5, 8). De aceea în activitatea de dispensarizare trebuie cuprinse treptat şi unele categorii de oameni sănătoşi (gravide, persoane supuse unor situaţii psihotraumatizante repetate). Tratamentul bolii psihice e cu atît mai ştiinţific şi mai eficace cu cît bolnavul este mai aproape de viaţa normală, mai intens comunicant cu lumea celor din jur. Trebuie folosite cu maximum de eficienţă forţele de reechilibrare şi regenerare pe care le oferă grupul social, familia omenească. (4, 7).

Îndreptarea atenţiei preponderent spre omul bolnav ca obiect, spre activitatea curativă se face în dauna preocupărilor pentru o problematică reală, globală, medicală şi socială a bolnavului, evitînd astfel tendinţa de a psihiatriza rezolvarea socială a unor cazuri. În mod para-

doxal, sînt lăsate mereu pe un plan secundar în activitatea de dispensarizare, afecțiunile psihice marginale care atît prin numărul lor mare, caracterul reversibil al unora dintre ele și importantele probleme sociale și incapacitatea de muncă pe care o generează, ar trebui să se bucure de o atenție prioritară în cadrul dispensarizării. Motivele sînt obiective (legate de numărul mare al bolnavilor) dar și subiective și de cele mai multe ori nejustificate. Se invocă mereu dificultatea de colaborare cu acești bolnavi, defectul lor structural care ar fi permanent și definitiv, deși experiența noastră ne arată destul de convingător că o bună dispensarizare pentru o parte din acești bolnavi a dus la o încadrare familială și profesională uneori chiar superioară mediei. Atribuindu-li-se toate defectele, considerîndu-i „vînători" de statut social de bolnavi psihici unii consideră că ei nu ar trebui depistați activ și deci supuși de timpuriu unor măsuri profilactice și terapeutice. Nu ne facem iluzii că dispensarizînd un psihopat de exemplu, îl vom vindeca, dar nici nu împărtășim opinia acelora care susțin că prin aceasta l-am face mai defectiv decît înainte. Rezultatele pozitive obținute justifică un efort suplimentar în această direcție. Alte modele sugerează dimpotrivă cuprinderea în dispensarizare a tuturor bolilor psihice începînd cu psihozele și terminînd cu toate nevrozele, stările psihopatoide sau sindroamele toxice ceea ce evident depășește deocamdată posibilitățile reale de cuprindere a relației psihiatrice ambulatorii.

Bazați pe aceste considerente, noi aplicăm în prezent următoarea *schemă sinoptică de dispensarizare a bolnavilor psihici :*

	Tulburări psihice marginale	Psihoze
1. Criteriile de dispensarizare	Nevrozele și psihopatiile grave, prioritar cei încadrați în muncă și pensionarii de invaliditate.	Toți bolnavii
2. Stabilirea diagnosticului	În cursul internării sau în condiții ambulatorii pe baza datelor clinice, biologice și psihologice.	Numai prin spitalizare
3. Scopul dispensarizării	Atenuarea pînă la dispariție a fenomenelor psiho-patologice.	Prevenirea recăderilor, readaptarea și reintegrarea profesională și socială
4. Durata dispensarizării	Minimum 3 ani cu un ritm al consultului săptămînal în prima lună de la debut sau ieșirea din sanatoriu trimestrial în primul an și semestrial pînă la 3 ani.	Permanent cu un ritm al consultului lunar în primul an de la debut, trimestrial în următorii 3 ani și apoi semestrial.
5. Tratamentul	Raport armonic între psihoterapie, igienă mintală și medicamentos.	Biologic, precoce și individualizat urmat de psihoterapie și ergoterapie.

O bună dispensarizare presupune cadre suficiente și de calitate. Calcule estimative arată că în prezent din totalul consultațiilor revin în medie zilnic 2 cazuri dintre bolnavii dispensarizați și că un medic nu poate dispensariza cu bune rezultate mai mult de 150 bolnavi. Adăugînd și afecțiunile psihice marginale și o anumită categorie dintre persoanele sănătoase supuse factorilor de risc care trebuiesc treptat cuprinse în activitatea de dispensarizare, rezultă că îmbunătățirea actualelor normări și încadrarea unui psihiatru în ambulator la o populație de aproximativ 50.000 locuitori ar permite realizarea satisfăcătoare a acestei dispensarizări.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Bayer R.: *L'homme moderne et sa santé.* Edit. de l'Avenir Asnières, 1966.
2. Enăchescu C.: *Igiena mintală și recuperarea bolnavilor psihici.* Edit. Medicală, București, 1979.
3. Fabre I., Kraft Th.: Schweiz. med. Wschr. 1978, nr. 21, p. 975.
4. Gorceix A.: Concours. med. 1972 suppl. nr. 21.
5. Hochmann I.: *Pour une psychiatrie communautaire* Edit. Seuil, Paris, 1970.
6. Lăpușan I., Meiu Gh., Cortez P., Mhrontov-Tuculescu V., Marinela-Luiza Sărmășan-Cortez: Neurol. Psihiat. Neurochir., București, 1984, nr. 2, p. 121.
7. Lăzărescu M., Gildau F.: Neurol Psihiat. Neurochir., București, 1984, nr. 2, p. 81.
8. Pamfil E., Ogodescu D.: *Nevrozele,* Edit. Facla, Timișoara, 1974.
9. Predescu V. (sub. red.): *Psihiatrie.* Edit. Medicală, București, 1976.
10. * * * Situația actuală a bolilor psihice. Programul privind apărarea și promovarea sănătății populației. Ministerul Sănătății (Comisia de psihiatrie) Acad. Științ. Med. București, 1971.

THE DISPENSARIZATION OF PSYCHIATRIC PACIENTS BETWEEN OBSOLETE PRACTICE AND MODERN IMPROVEMENTS

Summary

The author presents a personal dispensarization scheme of the psychiatric pacients with regard to the specific territorial morbidity. This originates in the practical local data and is based on the real possibilities of comprehension of the ambulatory psychiatric system.

It is necessary that the existing limits of dispensarization, which is at the disposal of the diseased exclusivaly, should be surpassed.

A special care should be given to the secondary psychiatric affections, which raise many issues by their great numbers, as well as the important social aspects and the disablement they are implied in.

The interdependent relations of psychiatry to the branches of science it cooperates with should be brought to the level of a genuine interdisciplinary cooperation.

STADIALITATEA EVOLUȚIEI DINAMICE A PSIHOZELOR ENDOGENE

Gr. Balanovschi, Virginia Fortună, Sofia Dudeanu

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

OBSERVAȚIA CATAMNESTICĂ A BOLNAVILOR CU PSIHOZE ENdogene, ridică probleme atît sub aspectul diagnosticului diferențial, cît mai ales, privitor la dinamica stadiilor de evoluție, atît a celor procesuale, cît și a celor cu defect rezidual, acestea din urmă fiind considerate de obicei cronic-ireversibile antrenează implicit schimbări definitive în statutul socio-profesional al pacienților. (5).

Experiența unui serviciu de ergoterapie cu internări prelungite, relevă însă de multe ori neconcordanța diagnosticului inițial cu evoluția ulterioară. Într-adevăr, oricît de corect ar fi elaborat diagnosticul clinic sub aspect etiopatogenetic, și sindromologic, oricît de cauzale, vizînd simptomele țintă au fost indicațiile terapeutice, prognosticul evoluției ulterioare a procesului psihopatologic nu poate fi totdeauna anticipat cu certitudine. Faptul că modelul clinic al schizofreniei în clasificarea Kraepelineană nu prevedea inițial factori genetici, sociali, transculturali, cei specific biologici psihogeni etc., a generat polemici din care a rezultat că numai datele catamnezei pot fi considerate definitive în ceea ce privește formele de evoluție, caracterul remisiei, sau tipul de defect rezidual.

Dacă doi psihiatri au păreri diferite asupra unei psihoze endogene cu evoluție atipică scria Leonhard în 1964, și practica în majoritatea cazurilor confirmă acest lucru — concluzia poate fi luată numai în funcție de rezultatele catamnezei. (1).

Dacă unul din ei pledează pentru psihoză maniaco-depresivă, defectul stabilit ulterior poate infirma diagnosticul. Dacă altul susține diagnosticul de schizofrenie, el poate să-și mențină părerea, chiar dacă pacientul după un timp s-a remis complet (puseu unic).

Aceasta nu justifică tendințele unor clinici la lărgirea cadrului schizofreniei mai ales în cazul apariției unor elemente delirante — interpretative în melancolie, ori a unei agitații confuzive incoerente în manie, sau, o eroare și mai frecventă, confundarea stuporii melancolice cu forma catatonică a schizofreniei. (3).

Cînd rezultatele catamnestice au determinat pe Kraepelin să abandoneze teza sa privind demența, ca etapă inevitabilă, terminală a schizofreniei, (demența precoce) el a delimitat un grup aparte al „stărilor de ameliorare" sau „însănătoșire cu defect". E. Bleuler, refuzînd definitiv termenul „demență precoce", a considerat defectul psihic numai ca un criteriu în clasificarea stărilor terminale, în cadrul cărora se deosebește un defect ușor, moderat, sau grav și nu atît

în planul intelectual cît mai ales sub aspectul unei disociații, dezintegrări a personalității, scăderii afectiv-volitive, conduitei paradoxale. (1).

Revizuirea acestor criterii rigide, stîns legate de problemele expertizei capacității de muncă și reabilitării socio-profesionale, a pus sub semn de întrebare evoluția distructiv-progredientă ca un proces ireversibil, cu atît mai mult cu cît observația catamnestică în secțiile pentru cronici consemnează de multe ori remisii tardive, ale simptomelor considerate prin rigiditatea și stabilitatea lor ca o manifestare incontestabilă a defectului psihic. Dacă unii psihiatri (M. Bleuler) refuză în final la termenul „defect" considerîndu-l vag, neclar, și nociv, alții (Schulte, Tölle), negînd calificative de felul „demență", „defect", „stare terminală", preferă termenul de „stare reziduală", ca fiind mai corespunzător dinamicii schizofreniei. Experiența psihiatrică a elaborat pe parcursul timpului diverse criterii patogenetice, sau clinico-psihopatologice pentru delimitarea stadiilor de defect de cele ale procesului activ. Treptat s-au dovedit însă a fi foarte relative încercările de a diferenția plus sau minus simptome (alias deficit simptome), împărțirea în tulburări primare, sau secundare, cele cu răspuns pozitiv, sau negativ la tratament. Multe din aceste repere au un rol orientativ, dar frecvent devin surse pentru erori. Multe din manifestările tipice ale procesului activ, persistînd, ireversibile la tratament, sînt calificate ca aspecte ale unui defect pe cale de constituire. Alteori simptomele unui defect rezidual reactualizîndu-se spectacular, pot demonstra prezența unui proces activ. Ambele categorii de simptome au o bază patogenetică unică, comună și nimic nu este mai greșit decît calificarea pripită a unor stadii evolutive drept una cronic ireversibilă. O observație prelungită structural-dinamică a simptomelor, a schimbărilor în comportament, în atitudinea pacienților față de boala lor, ne permite a stabili prognosticul clinic și social. Căci într-un fel se prezintă forma recurentă a schizofreniei, altfel cea simplă progredientă, sau catatonic-paranoidă. Retrăirea subiectivă de către pacient a senzațiilor sale morbide, percepute de către el ca o amenințare pentru personalitatea sa, ca presimțirea unor schimbări grave, însoțită de stare de tensiune, dispoziție instabilă, anxietate alarmantă, uneori dezorientare sînt după Mautz, semnele sigure ale unei faze procesiv active.

În ceea ce privește halucinațiile și pseudohalucinațiile, dacă în faza activă, ele sînt retrăite ca ceva subiectiv, uneori avînd caracter imperativ și definitor pentru reacțiile comportamentale, în faza post-procesuală ele sînt percepute de pacient ca ceva obișnuit, nu mai inspiră frică, nici nu condiționează comportarea pacientului, ele devin după Mayer-Gross un „obicei urît", bolnavii se acomodează cu prezența lor. Același lucru se întîmplă și cu ideile delirante. Percepute în stadiul activ ca „furtul gîndirii", ca influență străină în gîndire ce apare pe neașteptate, iar în schizofrenii paranoide din contra, acceptate fără critică, ca o revelație, ca descoperirea unui adevăr nou, incontestabil, în perioada „cronicizării" ele sînt acceptate ca ceva normal, uneori pacienții nici nu observă cum gîndirea lor deviază, îmbracă aspect paralogic, devine absurdă. 4).

Observațiile noastre, coroborate cu cercetarea recentă privind evoluția tardivă a psihozelor endogene, impune o diferențiere mult mai

atentă în scopul instituirii unor măsuri socio și ergoterapice cît mai adecvate, iar de la caz la caz, reconsiderarea statusului socio-profesional, reintegrare în activitate productivă conform pregătirii profesionale. Importanța prognostică a gradului de compensare reprezintă prin sine însăși o temă aparte ce ar necesita studiul mecanismelor fizio-patologice și psihologice de cadrele specializate în acest domeniu.

Aprecierea corectă a stadiilor și fazelor de evoluție contribuind la depășirea rutinei și șablonului ce-și găsește expresia de multe ori în împărțirea mecanicistă în psihoze acute și cronice, servește de asemenea la instituirea unei tactici și unor măsuri socio și ergoterapice corespunzătoare la prevenirea atît a reacțiilor secundare la boala psihică de fond cît și la evitarea artefactelor generate prin hospital și instituționalism psihiatric practic, a acomodării bolnavului cu statusul său revendicarism (2).

Instituirea unei terapii neuroleptice adecvate și timpurii pe de altă parte, contribuie rapid la regresia, reducerea simptomatologiei procesive, metodei clinice, asociindu-se așa-zisa metodă clinico-psihofarmacologică în precizarea dinamicii evoluției.

Dar de multe ori se întîmplă ca o terapie inadecvată, în loc să reducă faza procesivă, transformă dinamica evoluției, generînd o gamă variată de sindroame clinice trenante. Se creează un fel de asociere (sumare) a efectului neuroleptic cu tulburări specifice schizofreniei, cu tendință la stabilizarea lor.

Psihoză ca atare nu mai este, dar nici remisia bună nu se obține, organismul obișnuindu-se cu neurolepticele, scade mereu eficiența lor, cu persistența factorului de dezadaptare și inactivitate socială, precum și dificultate de antrenare într-una din formele de recuperare ergoterapică, atît intra cît și extraspitalicească.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. *Advances in the drug therapy of mental illness World Health Organisation* — Geneva, 1976.
2. Avrutzki G.I.: Izmenenie Kliniki i tecenija psihozov etc. în J. nevropat i psihiatrii, 1979, pp. 1387—1393.
3. Leonhard K.: *Die Defektschizophrenen Krankheitsbilder*, Leipzig, 1936.
4. Melehov D.E.: *Kliniceskie osnovî progniza trudosposobnosti pri sizofrenii*, Moscova, 1963.
5. Schulte W., Tölle R.: *Psihiatrie*, Berlin, 1975.
6. Snejnevski A.V.: *J. nevropatologii i psihiatrii*, 1975, nr. 9, pp. 1340—1345.

STAGES OF DINAMIC EVOLUTION OF ENDOGENOUS PSYCHOSES

Summary

Basing on various possibilities of observation of the pacients with long term admissions in a service for ergotherapy the authors discuss the evolution of endogenous psychoses, the specificity of the phases and stages of the process, possibilities of remissions late in stages considered ireversible. They insist on the criteria for prognosis of work abilities and reintegration into society.

PREVENIREA RISCULUI ADAPTATIV SOCIO-PROFESIONAL PRIN BOLI PSIHICE, ÎNTR-UN SECTOR DE ACTIVITATE TEXTILĂ

V. Paraschiv, H. Gottlieb, Georgeta Rotaru
Georgeta Chiriac, Th. Horopciuc

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

ELEMENTELE FUNCȚIONALE STRUCTURATE ÎN SISTEMUL „OM-mașină-mediu" din Industria textilă încorporează dinamic și unitar factori exogeni și endogeni, cu o încărcătură patogenă care pot favoriza apariția fenomenului de risc sau de eșec adaptativ socio-profesional, prin boli psihice.

Printre factorii care pot declanșa anumite tipuri de *decompensări aptitudinale* specifice eșecului adaptativ prin boli psihice amintim : specificul feminin al forței de muncă, cu implicații asupra bugetului de timp extraprofesional, munca în schimburi, zona de deservire multiplă de tipul „om-mașini", ritmul impus de mașină și de procesul tehnologic, poziție ortostatică, cu deplasare de tip „marș-rut", solicitarea dinamică de multe ori peste valorile medii cu implicații asupra bilanțului consumului energetic. Frecvența mișcărilor într-o anumită ordine și într-un timp predeterminat, configurează o metodă de muncă unificată, cerută și impusă atît de structura de activitate profesională cît și de procesul tehnologic. (3).

Investigarea multidisciplinară, în echipă, prin intermediul clinicii, policlinicii și Serviciului psihosocial a situațiilor de nesincronizare și de disconfort dintre elementele sistemului „Om-mașină-mediu" a relevat existența la nivelul structurilor analitice aptitudinale și a structurilor sintetice de personalitate a patru forme de compensare adaptativă (4), cu valoare și conținut patogen, care au favorizat sau declanșat, individual și diferențiat, apariția voalată sau manifestă, pasivă sau activă, a riscului și eșecului adaptativ socio-profesional prin boli psihice:

Decompensări individuale, nespecifice locului de muncă caracterizate prin simptome clinice și funcționale, izolate și întîmplătoare, similare sindromului de oboseală generală (cazuri care pot prezenta riscuri și pot beneficia de asistență extraspitalicească) ;

Decompensări individuale, specifice structurii activității profesionale diagnosticate și prognosticaate prin prezența manifestă a unor simptome care confirmă suspiciunea sau îmbolnăvirea psihică cu tulburări psihice, datorate structurilor elementelor funcționale specifice locului de muncă (handicapul cuprins deja în regim protectiv) ;

Decompensări de grup, nespecifice locului de muncă, detașate prin prezența unor simptome clinice și functionale de grup pentru aceași structură profesională și în aceleași condiții (handicapul socio-profesional care primește din partea comisiei consultative recomandarea de regim protectiv recuperator) ;

Decompensări de grup, specifice locului de muncă, evidențiate clinic și functional prin prezența și consolidarea unor simptome care confirmă suspiciunea sau chiar prezența unor boli psihice la un grup de executanți din același loc de muncă (handicapul preluat de comisia de expertiză și dispensarizat la nivelul L.S.M.).

Obiectivul major al echipei terapeutice multidisciplinare l-a constituit prevenirea și recuperarea situațiilor de risc și eșec adaptativ din sectorul textil în funcție de cele patru categorii de decompensare adaptativă și integrativă delimitate pe parcursul cercetării.

Acțiunea de prevenire activă a fenomenului de risc adaptativ socio-profesional prin boli psihice ne-a permis să detașăm cîteva observații cu caracter științific, metodologic și organizatoric :

— modelul Școlii de psihiatrie din Iași fundamentat într-o viziune determinist-științifică și constructivistă, oferă o nouă dimensiune a psihiatriei, *psihiatria muncii industriale* (7) ;

— metodologia etapizată, pe durata celor 10 ani, generalizată și la nivelul altor județe s-a dovedit a fi eficientă sub *raportul cost-beneficiu* (5), sub raportul dintre efortul economic investit și efortul terapeutic obținut ;

— din punct de vedere organizatoric factorii de decizie de la nivelul întreprinderilor au trecut de la faza de „tolerare“ a atelierelor protejate la *faza de susținere și solicitare*, ca astfel de locuri de muncă să fie concepute și asistate de echipa noastră de cercetare ;

— cercetarea noastră se înscrie în planul de acțiune umanitaristă de promovare și apărare a sănătății mintale a populației din sectoarele industriale productive.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Barhard B, Pafnote M. : Rev. Igiena, 1979, nr. 4, p. 299.
2. Bejan V., Paraschiv V., Horopciuc Th. : Readaptare funcțională, vol. al XV-lea, 1981, Iași, p. 92.
3. Brânzei P., Paraschiv V. Șelaru M., Cosmovici N., Dămătîrcă Fr., Paraschiv Mariana : Adaptare și integrare în mediul industrial, 1977, Iași, p. 54.
4. HrimiucV., Paraschiv V., Pirozynski T. : Rev. Neurol. Psihiat. Neurochir., 1981, nr. 4.
5. Paraschiv V., Bejan V., Itu P. : Readaptare funcțională, vol. al XVII-lea, 1982, Iași, p. 52.
6. Paraschiv V., Horopciuc Th., Bejan V. : Readaptare funcțională, vol. al XVI-lea, 1982, Iași, p. 143.
7. Severin M., Luchian O., Ionescu I. : *Ocrotirea sănătății muncitorului din industrie*, Edit. Medicală, București, 1976.

PREVENTION OF SOCIO-PROFESSIONAL ADAPTATIVE RISK OF PSYCHIC ILLNESSES IN THE TEXTILE INDUSTRIAL SECTION OF IAŞI

Summary

An analysis of diagnosing non-ergonomic situations and of biogenic, psychogenic and sociogenic factors that release the appearance of professional and social adaptative risk reveals four types of adaptative decompensations. The active prevention of these forms of decompensation comprised several stages: the stage of ergonomic investigation, the stage of the draft of the first protected workshop, the phase of generalizing these ones, the organization of medico-social commissions and the introduction of procedures of ergonomic psycho-kineticotherapy for the correction, education and revival of the psychologic mechanism in cases of unfulfilment of working norms.

CUNOAȘTEREA UNOR COMPONENTE ALE PERSONALITĂȚII PSIHOPATE EVIDENȚIATE PRIN TESTUL M.M.P.I.

Carola Offenberg, N. Păruș

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

DIFICULTATEA CUNOAȘTERII PERSONALITĂȚII ÎN GENERAL ȘI a celei egofile în special, rezidă în multitudinea de modificări a anumitor particularități psihice.(5). Obiectivarea dizarmonică a personalității prin comportament aberant, e frapantă în psihopatie, pericolul rezultînd din premeditarea actelor infracționale, delincvența patologică reprezentînd aspectul cel mai ilustrativ al efectelor sociale determinate de comportamentul aberant.(1). Pe linia investigării personalității ne-am axat în lucrarea prezentă în speță pe chestionarul M.M.P.I. considerat ca cel mai complex, evaluînd principalele elemente ale personalității și fiind derivat din nozologia psihiatrică. El servește atît la depistarea tulburărilor de personalitate cît și în diagnosticul psihiatric, folosirea lui cu pricepere ajutînd la descoperirea simptomelor fundamentale, chiar atunci cînd tabloul clinic este mascat de alte fenomene. (3).

Ne-am propus să extindem cercetarea folosind o baterie de teste : M.M.P.I., chestionarul Eysenck cît și testele de inteligență Wechsler-Belleuve, Wisc și Wais datorită neomogenității lotului de cercetare atît pe criteriul vîrstă, diagnostic, a pregătirii profesionale și a instrucției școlare.

Cercetarea s-a efectuat pe un număr de 135 pacienți internați în clinica psihiatrică cu diverse forme de psihopatie comparînd rezultatele obținute prin testare cu un lot martor (43 subiecți reprezentați fie din personal sanitar (8 cazuri), studenți (5 cazuri) sau bolnavi internați în alte spitale (30 cazuri) și care nu au avut adresabilitate psihiatrică anterioară.

Lotul de cercetare a cuprins 97 bărbați și 38 femei cu vîrsta cuprinsă între 18 și 65 ani, 95 de proveniență urbană și 40 din rural. Căsătoriți 88, divorțați 25, necăsătoriți 22. Pe profesiuni : 26 țărani C.A.P., 19 tehnicieni, 10 pensionari, 18 studenți, 17 intelectuali, 10 elevi, 36 muncitori. Pe grupe nozologice : psihopatie vera 38 cazuri, tulburări de compartament pubertare și la adolescență 18 cazuri, tulburări de comportament în epilepsie 8, tulburări de comportament în cadrul alcoolismului 35 cazuri, oligofrenie cu tulburări de comportament 12 cazuri, stări psihopatoide post traumatism cranio-cerebral 13 cazuri, toxicomanii 4 cazuri, tulburări de comportament în cadrul psihosindroamelor involutive 7 cazuri.

Testul M.M.P.I. s-a adaptat la noi în țară și a fost etalonat pe populație de către Institutul de Expertiză și Recuperare a Capacității de Muncă București.

Cercetarea personalității egofile prin M.M.P.I. se realizează prin creșteri ale valorilor la nivelul scării Pd. (2)

Testul are 9 scări clinice : Hs (ipohondrie) ; D (depresie) ; Hy (isterie) ; Pd (deviație psihopatică) ; Mf (scara de interes — masculinitate sau feminitate) ; Pa (paranoia) ; Pt (psihastenie) ; Sc (schizofrenie) ; Ma (manie). Ca scară suplimentară Si (introversiune socială), și 3 scări de validare : scara „?" (nu știu) adică acele iteme pe care pacientul nu le-a putut clasifica. Scara L (lie-mansonge-minciună) cu valori normale între 2 și 4. Scara F care controlează validitatea întregului test cu valori normale 4—10—20. (3).

Am folosit testarea individuală prin cartotecă datorită heterogenității grupelor nozologice cît și a instruirii școlare și a vîrstei, procedura de grup folosind-o în exclusivitate la lotul martor. (6).

Din totalul de 135 de subiecți luați în studiu psihometric, 7 cazuri au fost invalidate (2 subiecți aveau valori de 8 și 10 în scara L, 5 subiecți aveau valori crescute în scara F — 3 dintre aceștia prezentînd o evidentă tendință la supradimensionarea deficiențelor, iar la 2 subiecți cu debilitate mintală lejeră nu s-au putut adapta testului înțelegînd cu dificultate itemele). Mai amintim că totuși scara F are valoare atunci cînd este crescută ca un indice al severității bolii. (3).

Dahlstrom și Welsh încă în 1960 au stabilit că tinerii dau valori crescute în F și cum scara respectivă este o măsură a ostilității și nonconformismului înseamnă că ei se angajează în mai multe acțiuni antisociale decît vîrstnicii. În privința grilei de corecție K, cînd are valori crescute exprimă defensivă față de o reală patologie iar un K mai mic o autocritică severă.

Excluzînd deci cele 7 cazuri invalidate, ne-au rămas în studiu 128 de cazuri interpretînd psihograma după aplicarea scărilor de corecție obținînd notele brute T (valorile normale sînt cuprinse între 50—70, iar cele patologice considerate peste 70). Constant în psihopatie M.M.P.I. ilustrează creșteri ale scării Pd peste limita normalului. Astfel, în studiul nostru am găsit această scară cu valori cuprinse între 72 și 90 la 121 de cazuri. În 7 cazuri valorile erau sub 70 dar foarte aproape de această valoare (65—67). Am găsit asociații în sens patologic astfel : Pd și Pa la 6 cazuri de etilism. Pd și Ma la 7 cazuri de psihoză de involuție. Pd, Pt și Pa în 3 cazuri de epilepsie. Pd și Hs în 2 cazuri de stări psihopatoide după traumatisme cranio-cerebrale. Nu am găsit asociații între Pd și D. Dintre cele 128 de cazuri luate în studiu cu ocazia unei reveniri în clinică sau în mod ambulator am retestat 23 bolnavi. Profilul psihologic a rămas nemodificat la subiecții grupei nozologice psihopatie vera (doar în două situații Pd a scăzut la valoarea de 65). Mai bine se prezintă psihograma psihopatului alcoolic (11 retestări cu 4 ameliorări).

Din cele 128 cazuri luate în studiu, 23 au făcut obiectul expertizei medico-legale pentru diverse infracțiuni. În mod constant Pd a fost crescut peste 70. Retestarea a 8 subiecți tineri și adolescenți menține valorile crescute în Pd.

Examinarea pacienților prin chestionarul Eysenck ca tip de personalitate a stabilit : 7 cu introversiune, 23 ambiverți, 105 extraversiune. Testarea inteligenței prin testul Wexler-Bellevue, Wisc și Wais relevă următoarele rezultate : 4 cazuri cu debilitate mintală lejeră (Qi = 65) ; 8 cazuri cu intelect de limită (Qi = 78) ; 58 cazuri cu inteligență normal-mediocru (Qi = 80—90) ; 65 cazuri normal mediu (Qi = 90—108).

În grupul martor (43 de subiecți) am găsit modificări ale psihogramei, după cum urmează : cele 20 de bolnave internate în clinica endocrinologică cu diagnosticul de „Sindrom Turner", relevă un T crescut în D și Hs la 14 cazuri, situație explicabilă prin infirmitatea generată de boală. Din cele 10 cazuri internate în secții de medicină internă cu diferite suferințe gastro-intestinale la 2 cazuri de sex masculin am găsit un Pd crescut la limita superioară a normalului (68 și 69), iar la grupul de 5 studenți într-un caz Pd avea valoare de 67. Aici intervine rolul de predicție a comportamentului aberant prin intermediul M.M.P.I.

La personalul sanitar am găsit valori mari ale lui K în 3 cazuri exprimînd o atitudine defensivă față de o reală patologie dorind deci să pară mai normal decît în realitate. Un K mare este totuși un indiciu de prognostic favorabil pentru bolnav.

Concluzii. Studiul nostru permite următoarele concluzii : Testul MMPI are valoare în aprecierea normalității fiind un excelent auxiliar util clinicianului. El dă indicații asupra atitudinii bolnavului față de inventar apreciind gradul de sinceritate, calitatea sa discriminativă fiind mai evidentă în psihopatie.

Rezultatele obținute prin psihogramă selectează riscul de îmbolnăvire cît și îmbolnăvirea propriu-zisă, făcînd astfel din test un instrument util aplicabil pe eșantioane mari.

Scara F este un indicator al severității bolii.

La cea mai mare parte din cazurile examinate se constată o concordanță a diagnosticului clinic cu cel psihologic obținut prin MMPI. Simpla testare nu este însă suficientă, observația clinică așa cum sublinia Delay rămînînd baza studiului tulburărilor psihice. (4). M.M.P.I. oferă un tablou asupra unor componente ale personalității fiind util în practica medico-legală pentru detectarea sincerității sau a simulării, ceea ce-i conferă o largă aplicabilitate cu mare valoare în studiul comportamentului aberant de tip psihopatic.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Brânzei P., Scripcaru Gh., Pirozynski T. : *Comportamentul aberant în relațiile cu mediul*, Edit. Junimea, Iași, 1970.
2. Gynther M.D. : J. consult. Psychol. 1961, t. XXV, pp. 540—542.
3. Hathaway S.R. Mc. Kinley J.C. : *Manuel inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota (MMPI).* Edit. C. Psych. appl. Paris 1966.
4. Nuttin J. : *La structure de la personnalité*, PUF, Paris, 1971.
5. Schneider K. : *Les personnalites psychopathiques*, PUF, Paris, 1955.
6. Wolf S. : J. clin. Psychol., 1961, t. XIX, pp. 375, 378.

KNOWLEDGE OF SOME COMPONENTS OF PSYCHOPATHIC PERSONALITY DEPICTED BY M.M.P.I. — TEST

Summary

The authors studied a number of 135 pacients admitted in the psychiatric clinic with various forms of psychopathy using the M.M.P.I. Eysenck test and for intelligence the Wisc and Wais tests. The results were compared with a control sample of 43 subjects, reaching thus the following conclusions :

M.M.P.I. is a useful instrument appliable on large samples having a discriminating power. The test finds a large possibility of application in discerning the psychopathic personality as well as for the prognosis of aberrant behaviour. Its correlation with the clinical aspect remains the main criterion of validation.

CORELAȚII ÎNTRE STRUCTURILE SINTETICE ȘI ANALITICE DE PERSONALITATE ÎN CLINICA DEPRESIEI

Georgeta Rotaru, V. Paraschiv, Doina Bolohan

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

DE REGULĂ, INVESTIGAREA PSIHOLOGICĂ ÎN CLINICĂ A DEpresiei se materializează și se diagnostichează prin intermediul anumitor inventare, scări sau teste de personalitate, prin intermediul cărora se pune în evidență o anumită încărcătură psihopatologică a structurilor de personalitate. Unul dintre aceste instrumente administrate în clinica depresiei este și Testul P.F./16, elaborat, validat și etalonat de R B. Cattel. Preferința subiectivă și obiectivă pentru acest instrument de investigare a pornit de la premiza existenței a două trăsături vectoriale de personalitate (2) :

— trăsături de personalitate sau elemente a căror prezență este întîlnită mai mult sau mai puțin la un mare număr de indivizi ;

— trăsături de origine pe care le descoperim și le detașăm prin determinarea unor condiții aproximativ constante ; în componența și structura trăsăturilor de origine se înscriu și elementele temperamentale care nu mai depind de motivație și sînt modelate de mediul endogen sau exogen, care uneori poate deveni patogen.

Trăsăturile de origine detașează o dimensiune a personalității și sînt considerate prin : *corelarea trăsăturilor* și *extragerea factorilor* (prin analiză factorială). Tocmai aceasta este motivația pentru care am preferat, selectat și administrat cunoscutul test P.F./16, deoarece el ne oferă posibilitatea cantitativă și calitativă de a delimita un factor de personalitate, adică o *direcție variabilă independentă,* o trăsătură de bază a personalității. În clinica depresiei, cei 15 factori evidențiați prin testul P.F./16, s-au clasificat și separat astfel : factorul O (F11) pe *primul loc* (depresie, stare de neliniște, stare de îngrijorare), factorul H (F6) pe locul *secund* (stare și fire timidă, timorată și neîncrezătoare) iar factorul N(F15) pe locul *al treilea* (fire încordată, sentiment de frustrare, depășit de evenimente, tonus ridicat).

Administrînd în clinică pe un eșantion de 118 subiecți, testul PF/16, diagnosticați psihiatric cu o depresie manifestă, între cei trei factori amintiți am calculat un indice de corelație $q = +0{,}75$, asemănător și apropiat cu alte cercetări de specialitate, din acest domeniu.

În studiul nostru s-a încercat să se stabilească existența sau nonexistența unor *legături dependente între structurile sintetice de personalitate evidențiate prin testul P.F./16 și structurile analitice aptitudinale*, încercînd să evaluăm modul în care o încărcătură patologică a depresiei poate influența sau acționa asupra potențialului funcțional restant.

Pentru această cercetare am selectat și constituit o baterie de teste și instrumente psihologice,(5) ce pun în evidență conținutul minim aptitudinal standard a unei metode de muncă cerută de o profesie în general : atenția, ritmul și tempuol personal, coordonarea și dexteritatea manuală, precizia manuală a mișcării.

Iată cum se prezintă bateria propusă de noi și indicatorii care asigură gradul de validitate și valoarea de psihodiagnostic :

Pe un eșantion de 118 pacienți dintre care 16 *depresii somatogene*, 40 *depresii endogene* și 62 *depresii psihogene* am aadministrat testul PF/16, concomitent cu bateria de teste de randament pentru a stabili corelații între depresie și potențialul aptitudinal restant. Întrucît numărul celor investigați era mic iar numărul de variabile fix, am preferat să calculăm coeficientul de *corelație simplă liniară prin metoda produsului.*

Beneficiind de un model matematic de prelucrare automată a datelor și calculare a coeficienților de corelație, (1) am înregistrat și selectat următoarele rezultate : depresia, în genere, a influențat asupra *valorilor cantitative și calitative* ale tuturor celor nouă probe de randament, comparativ cu etalonul realizat pe o populație validă de muncă.

Toate cele patru probe de atenție s-au corelat foarte semnificativ cu *depresia psihogenă* ($q=+0,71$), semnificativ cu *depresiile endogene* ($q=+0,58$) și mai puțin semnificativ cu *depresiile somatogene* ($q=+0,45$). Probele de *coordonare* manuală, prin asociere și disociere manuală și de *dexteritate digitală* s-au corelat foarte semnificativ ($q=+0,80$) cu toate cele trei tipuri de depresie. *Timpul de reacție* și reactivitatea complexă s-au corelat puternic semnificativ, dar cu valoare negativă ($q=-0,79$) în depresiile psihogene și endogene și mai puțin semnificativ ($q=+0,40$) în depresiile somatogene. *Percepția vizuală a mișcării* a înregistrat indici de corelație semnificativă ($q=+0,79$ în depresiile endogene, iar cu celelalte tipuri de depresie s-a corelat cu valori sub $+0,20$, fiind nesemnificative și inexistente. *Memoria topografică și kinestezică* nu s-a corelat decît cu depresia endogenă, înregistrînd cea mai mare valoare ($q=+0,89$).

Cele nouă corelații semnificative dintre depresie și structurile analitice aptitudinale au adus argumente suplimentare, sigure și comensurabile, că în diagnosticul depresiei nu trebuie neglijate structurile analitice aptitudinale de personalitate. Programul matematic de corelații a mai inclus dependența reciprocă între cei trei factori ai depresiei, din testul PF/16 și probele de randament, obținîndu-se următoarele rezultate : F11= se corelează foarte semnificativ cu probele de atenție ($q=+0,71$), F6 se corelează, de asemenea foarte semnificativ cu probele de coordonare și dexteritate ($q=+0,79$) iar F15 se corelează cu probele de reactivitate ($q=+0,73$), motiv pentru care am și grupat într-o anumită ordine probele din bateria de investigație.

Interpretarea valorilor obținute ne sprijină în susținerea cîtorva concluzii :

1. Diagnosticarea psihiatrică clinică multidisciplinară a depresiei trebuie să fie completată cu psihodiagnosticul structurilor sintetice și analitice de personalitate (4) ;

2. Simbioza optimă dintre probele de personalitate, specifice depresiei și probele de randament propuse de noi, poate deveni un coeficient de maximă stabilitate în integrarea socio-profesională a handicapatului psihic prin depresie ;

3. Combinaţia dintre testele de personalitate şi cele de randament pot veni în ajutorul diagnosticului diferenţiat în confirmarea, infirmarea sau completarea depresiei cu posibilităţile integrative concrete ;

4. Lipsa corelaţiilor dintre depresie şi probele de randament poate fi un semnal de alarmă în diagnosticul de depresie.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Denys A. : *Une analyse factorielle de la symptomatologie dépressive* — Teses de Paris, 1971, 8, 104.
2. Ionescu G. : Rev. Neur. Psihiat., Neurochir., 1972, nr. 3, p. 245.
3. Kielholz P. : *Diagnose und Therapie der Depressionen,* München, Ed. J. P. Lehmann, 1963.
4. Pirozynski T. : Rev. Medico-chirurgicală, 1972, nr. 2, p. 469.
5. Sen A. : *Laboratorul de psihologie clinică* — Edit. Şt. şi Encic., Bucureşti, 1975.

CORRELATIONS BETWEEN SYNTHETIC AND ANALYTIC STRUCTURES OF PERSONALITY IN THE CLINIC OF DEPRESSION

Summary

The investigation of the synthetic and analytic structures of personality in the clinic of depression offers the possibility of settling and calculation of certain coefficients of correlation between clinical depression (somatogenic, endogenous and psychogenic) and the potential of restant aptitudes. The significant values recorded by the coefficients of simple linear correlation between the personality factors revealed by P.F. 16 (15) test and the evidence of output are given : attention, rhythm and tempo, coordination and dexterity, time of reaction, visual perception of movement and topographic memory.

FORMELE PAUCI-SIMPROMATICE ALE ISTERIEI

A. Cambosie

Spitalul Militar Central — Bucuresti

POATE CĂ NICI O ALTĂ ENTITATE NOZOLOGICĂ NU A FOST, pe parcursul onticului, mai pregnant tributară unei dependenţe socio-culturale, relaţionale şi informaţionale ca isteria. Iar dacă astăzi întîlnim, din ce în ce mai puţin, atît în clinică cît şi în afara ei, „arcul de cerc al lui Charcot", aceasta nu înseamnă că isteria a cedat în luptă cu realitatea. Puternica varietate simptomatologică pe care o cuprinde isteria reclamă imperios o încercare de sistematizare, tributară încă din intenţie în faţa cameleonismului histrionic. Paradoxal, toate statisticile recente demonstrează „adaptarea socială integrativă" a isteriei, atît în cadrul prezumpţiei de normalitate, cît şi într-o diversitate semiologică semnificativă.

Formele pauci-simptomatice ale isteriei (P. Deniker) înglobează, în definirea originară, toate decompensările sărace în simptome ce au ca punct central mecanisme de valorificare isterică. Ulterior, noţiunea a fost extinsă, fiind înglobate aici toate formele „atipice" faţă de un diagnostic ortodox de nevroză, decompensare sau structură isterică.

Cel mai frecvent se întîlnesc în practică acuze rudimentare de astenii şi depresii ce se dovedesc a fi forme pauci-simptomatice de isterie. Una din premizele diagnosticului diferenţial îl constituie tocmai rezistenţa structurii la eforturile terapeutice.

In D.S.M. III simptomatologia isterică este tratată în două capitole :

1. tulburări disociative
   a. 300.12 amnezie psihogenă
   b. 300.13 fugă psihogenă
   c. 300.14 persónalitate multiplă
   d. 300.60 nevroză de depersonalizare
   e. 300.15 dereglare disociativă atipică
2. tulburări de personalitate
   a. 301.30 histrionice
   b. 301.31 narcisice

Toate formele cuprinse în capitolul tulburărilor disociative sînt de fapt forme pauci-simptomatice sau atipice de isterie. Clasificarea lor impune o sistematizare oarecum forțată, clinica demonstrînd dificultatea cu care aceste forme pot fi riguros catalogate. Didactic însă, oportunitatea existenței unor jaloane diagnostice (de factura D.S.M. III sau I.C.D. 9) ușurează mult activitatea de diagnostic diferențial și schimbul de informații realizat între specialiști (echipa psihiatru — psiholog) referitor la domeniul supus discuției.

Supunem atenției o entitate simptomatologică impusă de realitatea clinică, formă cu o structuralizare distinctă și frecvent întîlnită în special în activitatea de psihoterapie cu adolescenții și tinerii (16—20 de ani). Frecvența problematică reclamă efortul de definire și încercarea de sistematizare, cu atît mai mult cu cît intervenția psihoterapeutică s-a dovedit a fi eficientă sub aspect simptomatologic și adaptativ. Într-o încercare de identificare, forma poate fi definită *schizo-isterie* și are ca trepied simptomatologic următoarele acuze :

a. autism sub aspectul dificultăților de relaționare, autosuficiență narcisică, tendința la valorizare, introiectarea unui sistem ierarhic ideativ și refuzul validării sociale a acestuia.

b. dependența afectivă, căutarea apartenenței de grup în care să-și exhibe autismul, „acroșajul afectiv“ realizat de o manieră agresivă, recurgîndu-se, de cele mai multe ori, la „șantaj afectiv“.

c. reactivitate paradoxală grefată pe o afectivitate distimică. Starea afectivă se modifică în funcție de valorificarea simptomului la nivelul grupului, fluctuațiile timice fiind folosite sub aspect dinamic ca modalități de „șantaj afectiv“.

Problemele de diagnostic diferențial care se pun în izolarea acestei entități pauci-simptomatice au ca scop excluderea alternativelor diagnostice de personalitate schizoidă (elemente comune : autism, dificultăți de relaționare) și de structuralizare de tip distimic (elemente comune : afectivitate distimică, reactivitate paradoxală).

În diagnostic, punctul forte trebuie să fie anamneza direcționată, anamneză în cadrul căreia acuzele trebuiesc analizate dinamic, sub aspectul longitudinal al istorismului. Forma actuală de manifestare „devine“ din structura bazală. În acest sens, psihodiagnosticul proiectiv (Szondi, Rorschach etc.) poate oferi importante informații cu pretenții de obiectivitate, atît asupra structurii psihice incriminate, cît și, în alternativa unei intenții psihoterapeutice, asupra stadiului terapiei și dinamicii mecanismelor de apărare.

Calea cea mai eficientă de intervenție terapeutică o constituie, după părerea noastră, psihoterapia armată, aceasta implicînd acțiunea în fapt a echipei psihiatru-psiholog ca o entitate totalitară sub aspect curativ.

Prin caracterul lor profund invalidizant social, formele pauci-simptomatice ale isteriei se structurează ca o entitate importantă în psihopatologia actuală, vizualizînd caracterul de eficiență în acțiunea psihologică curativă.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Alexander F. : *The therapeutical applications of psychoanalysis* — Springfield, Thomas, 1953.
2. Alexander F. : *Psycho-analytic therapy* — Roland Press, New York, 1946.
3. Deniker P. : Confrunt. psychiat., nr. 4, 1969.
4. Ey H., Bernard P., Briset Ch. : *Manuel de psychiatrie*, Masson & Co, 1974.
5. * * * Diagnostic and statistical manual of mental desorders (third edition) — Library of congress, The american psychiatric association, 1980.
6. * * * Mental disorders : glossary and guide to their classification in accordance with the ninth revision of the international classification of diseases — World health organization, Geneva, 1978.

THE PAUCI-SYMPTOMATIC FORMS OF HYSTERIA

Summary

The actual psichopatology has to diversifiy the modalities of classification by inserting some atypical forms, or/and pauci-symptomatic, in comparison with the classical entities.

History offers perhaps, in this respect, the most obvious example, the vivid symptomatologic diversity which it involves, requiring a necessity of systematization.

We propose here a list of classification and a kind of definitions of pauci-symptomatic forms of hysteria, with bibliografic references, emphashing on the description of a nonexisting form in the mentioned classification, but with a clinical striking evidence.

The modalities of therapeutic treatment of these forms, from the point of view of difficulties and eficiency are analyzed.

ATITUDINEA FAŢĂ DE FRUSTRAŢIE — ELEMENT IMPORTANT AL PSIHODIAGNOSTICULUI

Undina Stănilescu-Natansohn, Gh. Creţeanu

Spitalul C.F.R. Iaşi

TESTUL PROIECTIV ROSENZWEIG CERE SUBIECŢILOR SĂ INterpreteze 24 situaţii figurative prin desene bine structurate şi să formuleze un răspuns care va traduce reacţia lor. Fiecare răspuns este cotat după direcţia agresiunii pe care o exprimă şi după tipul reacţiei pe care o reproduce. Frecvenţa răspunsurilor de acelaşi fel dovedeşte, raportată la un eşantion, predispoziţia unui sau altui tip de reacţie la frustrare, la individul examinat. Cunoaşterea frecvenţelor medii grupului social şi clasei de vîrstă adecvată este folosită pentru a măsura gradul de conformitate al individului.

Testul de frustraţie se bazează pe fenomenul proiecţiei. A. Obredane distinge trei tipuri de proiecţie :

a) Proiecţia speculară, în cazul căreia subiectul regăseşte în imaginile exterioare lui caracteristici pe care le crede a-i fi personale. Acest tip de proiecţie este în raport cu narcisismul.

b) Proiecţia catarctică, forma în care subiectul atribuie imaginilor din afară nu caracteristicile pe care în mod real el le posedă, ci acelea pe care el nu le posedă, dar care-i sînt proprii lui, realizînd prin această deplasare asupra altuia un efect de uşurare catarctică, personală.

c) Proiecţia complementară, care se întîlneşte în cazul în care subiectul atribuie altuia evenimentele sau atitudinile proprii.

Procesul proiectiv se desfăşoară ca un mecanism, după o dinamică proprie, caracteristică funcţiilor sale de ordin esenţialmente simbolic. În virtutea acestei atribuţii, proiecţia are ca rol recunoaşterea, stabilirea sau precizarea şi exteriorizarea sensului simbolic, conceptual al conţinutului personalităţii respective.

Procesul proiectiv asigură dinamica existenţială a personalităţii respective, redă nu numai conţinutul, sensul psihologic al personalităţii ci, concomitent, realizează un proces de comunicare obţinînd astfel integrarea adaptativă a personalităţii la mediul social extern şi, de asemenea, favorizează stabilirea unui acord între conţinutul intrapsihic subiectiv al personalităţii şi situaţiile obiective impuse de mediu într-un moment sau altul. (1, 2).

După Rosenzweig, teoria frustrației este o încercare de a da expresie concretă punctului de vedere organismic în psihologie. Există trei nivele de apărare a organismului :

a) Nivelul celular sau imunologic. Avînd la bază acțiunea fagocitelor, anticorpilor, a pielii etc., se referă în mod deosebit la apărarea organismului împotriva agenților infecțioși.

b) Nivelul autonom, sau de urgență, conform concepției lui Cannon. Se referă la apărarea organismului în ansamblu împotriva agresiunilor fizice generale. Din punct de vedere psihologic, nivelul autonom corespunde fricii, durerii și furiei. Sub aspect fiziologic, se referă la modificările biologice ale stressului.

c) Nivelul superior, cortical sau de apărare a eului, apărare a personalității împotriva agresiunilor psihologice. Dar de fapt, în sensul ei larg, teoria frustrației cuprinde toate cele trei nivele care se întrepătrund.

Există frustrație ori de cîte ori organismul întîmpină un obstacol în calea care-l conduce spre satisfacerea vie a unei trebuințe vitale. Iar stressul este situația stimul care constituie acest obstacol.

Există două tipuri de frustrație :

a) Frustrația primară sau privațiunea, care se caracterizează prin tensiunea și insatisfacția subiectivă, datorate absenței acelei situații finale care este necesară satisfacerii unor trebuințe active.

b) Frustrația secundară, care se caracterizează prin prezența unor obstacole sau obstrucții în calea satisfacerii unei trebuințe. Testul Rosenzweig urmărește tocmai acest tip de frustrație.

Reacțiile la frustrație pot fi privite din trei principale puncte de vedere :

1. Tipuri de reacție luînd în considerație economia trebuințelor frustrate. Există două tipuri principale :

— reacții de persistență a trebuinței. Se produc în mod conștient după orice frustrație și corespund stressului pasiv.

— reacții de apărare a eului. Se produc în situații speciale de amenințare a eului și corespund stressului activ.

Reacțiile de apărare a eului se împart în trei grupe :

a) Răspunsuri extrapunitive — în care individul își atribuie în mod agresiv frustrația unor persoane sau obiecte reale. Reacțiile asociate acestor răspunsuri sînt de furie și iritație.

b) Răspunsuri intrapunitive — în care individul își atribuie în mod agresiv frustrația sie însuși. Reacțiile asociate acestora sînt culpabilitatea și remușcarea.

c) Răspunsuri impunitive — în care agresiunea nu apare ca o forță generatoare. Se exprimă prin încercarea de a evita formularea unui repros, fie adresat altora, fie sie însuși și prin privirea situației frustrante în chip conciliant.

Reacțiile de persistență a trebuințelor urmăresc satisfacerea trebuințelor specific frustrate printr-un mijloc sau altul.

2. Tipuri de reacție luînd în considerație sinceritatea lor.

Din acest punct de vedere reacțiile pot fi directe — răspunsul fiind bine adaptat la situația frustrantă, continuînd pe linia trebuinței inițiale sau reacții indirecte — răspunsul fiind mai mult sau mai puțin substitutiv.

3. Tipuri de reacţie luînd în considerare adecvarea lor.

La răspunsurile de persistenţă a trebuinţei pot fi stabilite două tipuri extreme :

— persistenţă adaptativă — comportamentul persistă, cu toate obstacolele existente.

— persistenţă neadaptativă — comportamentul este repetat la nesfîrşit în mod stupid.

La răspunsurile de apărare a eului pot fi :

— răspunsuri adaptative, cînd sînt justificate prin condiţiile existente.

— răspunsuri neadaptative, care nu sînt justificate de condiţiile existente.

Toleranţa la frustraţie este atitudinea unui individ de a suporta o frustraţie fără a-şi pierde adaptarea sa psihologică, adică fără a răspunde neadecvat.

Majoritatea cazurilor întîlnite în activitatea de psihologie medicală demonstrează faptul că atitudinea faţă de frustraţii reprezintă unul din elementele importante ale psihodiagnosticului.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Alexander F. : *La médicine psychosomatique*, Edit. Payot, Paris, 1952.
2. Rudică T. : *Niveluri ale conduitei umane*, Edit. Junimea, Iaşi, 1984.

THE ATTITUDE TOWARD FRUSTRATION — AN IMPORTANT ELEMENT OF PSYCHODIAGNOSIS

Summary

The answers of the Rosenzweig Frustration Test have been marked according to the direction of the aggressiveness which they express and according to the type of reaction which they reproduce. The frequency of the answers of the same type, if referred to a sample, and proves the predisposition of one or another type of reaction to frustration to the subject under examination.

We have analyzed the types of projection (according to Obredane) : 1. spectacular, 2. catharctic and 3. complementary.

The analysis of all types of frustration and of the reactions to frustration is connected with the presentation of some important cases.

IMPORTANȚA PERSOANELOR „LAICE“ (NEMEDICALE) ÎN ASISTENȚA BOLNAVILOR PSIHICI

Al. Kolcsar

Spitalul Unificat Teritorial Salonta — Bihor

ESTE CUNOSCUT, CĂ NICI O ASISTENȚĂ SANITARĂ NU POATE oferi bolnavilor, prin natura bolii, șanse identice de vindecare, mai cu seamă în psihiatrie. În prezent, cazuistica s-a transformat, calitatea superioară a vieții a adus în prim plan alte aspecte nozologice, adresabilitatea a devenit largă, societatea tehnicizată oferă stressuri.

Schofield apreciază : instituțiile terapeutice din prezent cît și în viitor, sigur vor fi insuficiente solicitărilor necesare, trebuie cîntărită participarea unor persoane — „terapeuți invizibili“ — la îngrijirea post-externare : profesori, juriști, prieteni și mai ales membrii de familie.

Au fost utilizați în S.U.A. de către Green Blat și Kantor în 1962, studenți de medicină, Kulenkampf în 1968 la Düseldorf a inițiat acțiunea numită „Robinson“, pentru îngrijire extramurală, secondat la Tübingen de către Finzen și Wiethölter. „Psyhosoziale hilfe“ format de grupări de laici, creată de către Frentzel în 1970 la München a acționat pentru ajutorarea bolnavilor psihici cronicizați în condiții extramurale.

Traux și Mitchel apreciază că și laicii pot acorda sprijin bolnavilor dacă posedă empatie, acceptare, congruență ca și calități de bază de psihoterapie. Strupp și Hadley socotesc valențele nespecifice prezente și la laici și la profesioniști, admițînd o psihoterapie laică.

Îngrijirea post-murală ca direcție fundamentală de dezvoltare a psihiatriei reprezintă aspectul de socializare a ei, contrapunctural se constată însă și un proces de „psihiatrizare“ a societății, cucerind terenuri sociale noi și diferite persoane din cele mai variate categorii sociale ca adepți. Societății îi este nefavorabilă facerea de uz a modelelor și explicațiilor psihiatrice la discutarea unor fenomene sociale a căror esență nu este psihiatrică. De ex. : comparaiea picturii schizofrenilor cu cea modernă, ajungînd la ideea că artele plastice ar însămînța în societate schizofrenia. Pentru psihiatrie favorabilă este doar socializarea, psihiatrizarea societății fiind lipsită de valoare.

Timbrul social al psihiatriei îi conferă scop dublu : lărgirea participării sociale și păstrarea caracterului psihiatric al acțiunilor sociale.

Problemele de îngrijire extra- și intra-murală, raporturile între ele au fost punctate deja de Adolf Meyer încă în 1913, arătînd că viitorul

terapeutic este în afara zidurilor spitalicești, dar bazat pe cunoștințele acumulate intramural.

Persoane cheie sînt acei indivizi dintr-o colectivitate care în virtutea posibilităților de decizie, a relațiilor cu bolnavul, pot influența comportamentul membrilor colectivităților sau a opiniei publice locale sau mai extinse, grupîndu-se astfel :

1. Grupa de anturaj, cu relații nemijlocite cu bolnavii : membrii de familie, colegii de muncă, prietenii, vecinii, suportînd tensiunile inerente din procesul psihopatologic al comportamentului aberant.

2. „Case-finders" — furnizorii cazurilor — grupă eterogenă cu drepturi statutare, ei canalizează bolnavii la specialist : medici nepsihiatri, surori medicale, asistență socială, cadre didactice, organe de ordine, justiție, preoți.

3. Persoane cu motivări sociale fără obligații statutare, medicale, sau de alte asistențe, dar cu funcții într-o colectivitate dată.

4. Grupul bolnavilor remiși sau vindecați pot ajuta, izolat sau organizat, bolnavii actuali : cluburilor foștilor alcoolici.

5. Persoane cu funcții, cu potențial de influențare obștească prin mijloace de comunicație în masă : TV, presă, radio. lansînd anumite idei, neconcurînd însă direct la realizarea lor.

Ierarhizarea după importanța grupelor :

I. — persoane cheie primordiale — cei de la punctul 1 ;
II. — persoane cheie de ordinul II — cei de la punctul 2 ;
III. — persoane cheie de ordinul III — cei de la punctele 3—5.

I. Fac parte : membrii de familie, prietenii, vecinii, colegii. Nereacționînd la comportamentul alterat, neavertizîndu-se reciproc, ei își ușurează existența prin izolarea bolnavului, ce nu ține de fenomene de boală, ci de atitudinile personale ale acestora. Consecință : respingerea responsabilității lor, învinuind numai pe bolnav pentru cele întîmplate, care chiar tratat circumspect va evolua trenant sau cronic (JUHASZ).

II. Dintre „case-finders"-i primează medicii generaliști și surorile din ambulanțe. Ei lucrează cu un procentaj crescut nenozografic pe intuiție, „simte boala psihică", neavînd cunoștințe specifice suficiente și timp necesar la dispoziție. Încadrarea lor în grupa BALINT valorează cazuistic, dezvoltă rezonanța umană superioară pentru orice fel de constelație situațională. Laicii din organisme de învățămînt, ordine, religie, etc., obțin informații mai totdeauna prin „filtrul" negativ, cu toate că și ei au menirea să reprezinte interesele bolnavului psihic, să nu confunde cauzalitatea cu cauza.

III. Acești laici au teren larg de acțiune, în special în țările anglo-saxone, ca „indicatori" ai opiniei publice exprimă mentalitatea de acceptare a bolnavilor psihici. Organizați voluntar fără scop terapeutic anume, au ca țintă „destigmatizarea" prin ajutorare și acceptare. Dintre ei, valoare deosebită momentană și de viitor o au studenții și elevii. La rîndul lor, cînd ei vor fi purtătorii unor funcții de răspundere socială, pe baza experiențelor acumulate vor fi mult mai receptivi față de problemele socio-psihiatrice.

Medicul practician simte nevoia ca pe lîngă personalul ce-i stă la dispoziție — organizații obștești, mai ales Organizația de Cruce Roșie să fie atrasă în această problemă socială de loc neglijabilă.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Predescu V.: *Psihiatrie*, Edit. Medicală, București. 1976.
2. Juhasz, P.: *Altolones psihiatrie*, vol. II, Edit. Medicina, Budapesta, 1983.
3. Tringer L., Horvath J.: Rev. Ideggyogyaszati szemle nr. 4/1984, Budapesta, Loikusszemelyekreszvetele a mental hygienes gondozasban, pp. 162-166.

THE IMPORTANCE OF THE LAITYS PERSONAS IN PSYCHIATRIC CARE DELIVERY

Summary

The author presents some actual tendencies between relation social-psychiatrical pacient and underlines the mayerian affirmation about the question of the intramural and extramural treatment, to transform the public opinion for excluding the mental pacient from the „pariah status".

The extramural treatment becomes more and more important, and the laitys receives high roles in the care delivery.

After a grouping of the „key personas" the author suggests that the militants of the Romanian Red Cross receive some role in an extramural care of the mental pacients.

PROFILUL PSIHODIAGNOSTIC SZONDI ÎN SCHIZOFRENII

V. Savu

Institutul de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă — București

ÎN PRACTICA CURENTĂ DE EXPERTIZĂ MEDICALĂ A INVALIZILOR psihici s-a impus ca necesară îmbunătățirea și extinderea metodologiei de evaluare și obiectivare a tulburărilor psihice cu ajutorul probelor psihologice.

Psihodiagnosticul pulsional Szondi (7, 8), tehnică proiectivă ce își propune investigarea integralist-dinamică a personalității, evidențiază predominant caracteristicile procesual-dinamice ale interacțiunii diverselor sfere ale vieții psihice și în deosebi ale psihismului bazal (profund) — motivație dominantă, natura conflictelor, tipul și eficiența mecanismelor de apărare etc. Pe lîngă valențele psihodiagnostice pe care le implică, Szondi oferă avantajul de a nu fi influențat semnificativ nici de atitudinea persoanei examinate și nici de subiectivitatea examinatorului și în consecință prezintă un grad mai mare de obiectivitate în evaluarea tabloului psihopatologic ca și a potențialului psihic restant.

În cadrul Laboratorului de cercetare Neuro-Psiho-Senzoriali din I.E.M.R.C.M. Psihodiagnosticul Szondi a reprezentat obiectul unor diferite studii întreprinse în ultimii 8 ani vizînd validarea valențelor sale psihodiagnostice discriminativ-specifice privind delimitarea Normal-Psihopatologic, diverse grupe de afecțiuni psihice, precum și complementaritatea psihodiagnostic-psihofuncțională Szondi-Rorschach în investigarea personalității normale și patologice (3, 4, 5, 6). Din aceste studii am extras numai concluziile referitoare la profilul psihodiagnostic Szondi în afecțiunile psihice schizofrenice, bazîndu-ne pe investigarea în perioade și cu obiective diferite a 3 loturi de schizofreni cumulînd un număr de 429 cazuri (respectiv 154, 142 și 133) (3, 4 A și B). Pentru fiecare caz s-au administrat 10 profile Szondi.

Plecînd de la ipotezele psihologilor Ivana Dumitru (2) și Irena Talaban (1) privind elaborarea unui model de analiză a complementarității Szondi-Rorschach, folosim pentru prezentarea acestor concluzii modelul schematic fundamental pentru orice sistem acțional uman, schemă care concordă cu principalele subsisteme ale psihismului uman și la care se poate raporta de fapt și structura internă a tehnicilor proiective (Szondi, Rorschach etc.), cuprinzînd respectiv 4 componente ale demersului interpretativ : ENERGETICĂ — EVALUATIVĂ — INTEGRATIVĂ — RELAȚIONALĂ.

Datele obținute în final le prezentăm succint, în continuare, sintetizate și integrate în :

PROFILUL PSIHODIAGNOSTIC SZONDI ÎN SCHIZOFRENII

I. CARACTERISTICI PREDOMINANT DINAMIC-PROCESUALE

A. Aspecte energetic-receptiv-motivaționale.

„S" — Vectorul senzualității și al activității traduce de fapt capacitatea de raportare sensibilă la —, apelul către relaționarea cu —, și capacitatea de investire energetică în — relația cu lumea exterioară.

„Pericolele pulsionale" evidențiate în profilele schizofrenilor : disjuncția pregnant manifestă între non-satisfacerea trebuinței de afecțiune (h + !!!) și cea de activitate-agresivitate (s — !!, s + !!) exprimînd tensiunea intravectorială maximă sub diverse forme de scindare a contradicțiilor — monotendință (+ !!0), bitendință cu scindare diagonală (+ ! — !), tritendință (+ !! ±), sau apariția simultană a ambelor tendințe în prim plan ((+ !! + !!), și toate acestea fiind constant și major asociate cu o suprapresiune pulsională cantitativ excesivă (!!, !!!).

În consecință, tabloul clinic se caracterizează prin manifestarea tendințelor spre inactivitate, adinamism, pasivitate, scăderea vitalității și abandon cu tentă apato-abulică în plan volitiv acțional, cu inapetență pentru acțiune și efort voluntar ; carențe în perceperea realistă a lumii, cu retragerea „antenelor" senzoriale dinspre lumea externă și direcționarea lor spre lumea proprie autist-interioară, mai complexă sau mai sărăcită, dar păstrînd un semnificativ grad de irealitate în relația cu lumea obiectivă, și îndeosebi a unui idealism, ambivalență sau infantilism afectiv.

Simultan se evidențiază posibilitatea unor atitudini obstinant-agresiv-egocentrice de tip infantil-regresiv, predispoziții pentru relații de tip sado-masochist, reacții violente dominatorii agresive sau „încapsularea" autoagresivității, ambele cu un potențial de periculozitate crescut.

Totodată toate aceste reacții sub forma și cuantumul excesiv prezentate, indică existența unor perturbări majore în dinamica vieții sexuale (tendințe spre inversiune sau perversiuni sexuale, refulare sau trebuințe sexuale excesive, imaturizare, impotență).

B. *Componența evaluativ-afectivă.*

Vector P : Sfera afectivă și etico-morală — este dominată la schizofreni de prezența stărilor de neliniște, angoasă, anxietate senzitivă de relație (dispoziție interpretativ-paranoidă), panică, fobii, tendințe disimulative (hy — !!, e + !, e — ! ; P : O — !! ; — !! — !! ; ± — ! ; — O), precum și optarea pe planul conduitei etico-morale pentru soluții extreme (în sensul specificității mai generale caracteristice celor 2 sexe) și supratensionate : predominanța tipului „Abel" (P : + ! — !!) la femei și „Cain" (P : — ! + !) la bărbați (acumularea perseverativă a efectelor brutale și resentimentelor cu tendința la descărcarea lor exploziv-agresivă).

II. CARACTERISTICI PREDOMINANT STRUCTURALE

C. *Componența cognitiv-integrativ-decizională.*

Vectorul Sch : Pulsiunea Eului : supratensionarea funcției egosistolice a Eului : factor k + ! (introiecție, autism) sau k — ! (negație, devalorizare, distrucție), sau a egodiastolei : factor p + ! (inflație, hipertrofie megalomană) sau p — ! (proiecție — idei de persecuție, prejudiciu etc.).

Pericolele pulsionale sînt determinate de asocierea sincronă a mai multor tipuri de scindare a contradicțiilor pulsionale simultan cu supratensionări : scindare diagonală plurivectorială (3—4 vectori inclusiv Sch) „schizoformă" (Sch : +— Schizofrenie simplă și paranoidă) sau „inversă" (Sch : —+ ! Schizofrenie paranoidă inflativă) — asociată și/sau alternînd cu : monotendință în Sch (+ ! O Schizofrenie autistă ; O + ! Schizofrenie paranoidă inflativă ; Sch. O — ! P : O — ! Schizofrenie paranoidă proiectivă ; — ! O Schizofrenie catatonică) ; tritendință în Sch (±— Schizofrenie fază preparanoidă ; —± depersonalizare, înstrăinare) ; aso-

ciații simultane pozitive în Sch (++ ! Schizofrenie paranoidă inflativă) sau negative (Sch — ! — și C — — ! Schizofrenie catatonică); dezintegrare schizoformă (Sch : O O).

Mecanisme de apărare ale Eului mai frecvente: proiecție irațional-regresivă totală (Sch O — !) sau frînată (± — !) asociată cu anxietate senzitivă de relație (P : O — !) (Schizofrenie paranoidă proiectivă); inflație (hipertrofiere megalomană) totală (Sch O + !) sau negată (—+ ! Schizofrenie paranoid-inflativă); introiecție totală, narcisism autist (+ ! O Schizofrenie simplă); introproiecție, Eul autist, opozant, irațional, deturnat de la realitate (Sch + ! — ! Schizofrenie simplă și paranoidă); introinflație, narcisism posesiv, megaloman (Sch ++ ! Schizofrenie paranoid-inflativă); negarea proiecției și inflației, înstrăinare (Sch —± prefață la Schizofrenia catatonică); blocarea Eului luînd frecvent forma negativist-devalorizant-destructivă a refulării (Sch — ! O Schizofrenie catatonică) sau negarea proiecției și a senzitivității (P : O — !) cu disimulare (Sch — ! — ! Schizofrenie hebefrenică); absența Eului (Sch : OO).

D. *Aspecte relațional-comunicaționale.*

Vector C — Pulsiunea de contact: reacții dominante: contact depresiv autist cu tendință la detașare, dispoziție depresiv-proiectivă, instabilitate (C : +— ! Schizofrenie paranoidă proiectivă cu p — !); detașare, izolare, instabilitate relațională, devalorizare (C : O — ! Schizofrenie paranoidă); blocaj, pierderea contactului; irealitate (C : — — ! Schizofrenie hebefrenică și catatonică); o totală dispersare, dezintegrare și abandon a relațiilor cu lumea; regresie și dependență pe plan relațional (C : OO Schizofrenie hebefrenică și catatonică); adezivitate, perseverație, stereotipie (C : —+ ; O + Schizofrenie paranoid-inflativă); dispersie (C : + ! + !).

Modelul prezentat — redus schematic aici la analiza celor 4 vectori pulsionali — se completează însă cu interpretarea corelată a numeroși alți parametri din ansamblul caracteristicilor specific-discriminatorii privind sindromatica principalelor afecțiuni psihice (Clasă pulsională „pericol“ sau „ventil“, formulă pulsională, Metoda interpretării dialectice: Extreme/Centru, Fațadă/Culise, proporțiile Masculinitate/Femilitate, Index Social +/—, „Forme existențiale“ dominate în tabloul clinic, indice de prognoză Beeli etc.), conducînd în final la aprofundarea înțelegerii dinamicității, a evaluării gradului de perturbare psihică și a evoluției posibile a tabloului psihic investigat, reprezentînd informația specifică pe care o furnizează tehnica psihodiagnostică proiectivă Szondi.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Talaban I: Particularități structural-dinamice ale persoanelor cu conduite suicidale. Lucrare de diplomă, București, 1974.
2. Ivana D.: Prelegeri de perfecționare a psihologiilor, 1981—1982, București.
3. Savu V.: Indici psihodiagnostici obiectivabili prin Szondi în schizofrenii (diverse stadii de evoluție). Simpozion: Schizofrenie, diagnostic, tratament, recuperare. București, 1980.
4. Savu V., Mardare M.: Posibilități de obiectivare și evaluare a tulburărilor psihice prin intermediul Psihodiagnosticului Szondi. Comunicare — Ses. St. I.E.M.R.C.M., 1982.
5. Szondi L.: *Diagnostic experimental des pulsions*, P.U.F., Paris, 1952.
6. Szondi L.: *Triebpathologie*, Erster Band. Elemente der exaktertriebpsychologie und triebpsychiatrie, Verlag Hans Huber. Bern, 1952.

SZONDY PSYCHODIAGNOSTIC PATTERN IN SCHIZOPHRENIC PSYCHOSES

Summary

From the necessity of improving the methodology of psychological investigation, some studies carried out for several years in I.E.M.R.C.M. hinted at the validation of the valencies of Szondy pulsional psychodiagnosis in estimating the work capacity of psychical handicapped people.

From these studies conclusions were extracted refering to the Szondy psychodiagnostic pattern in schizophreny (3 different groups comprising 429 cases; 10 Szondy patterns were applied in each case). The synthetical and conclusive interpretation of the clinical and psychological significance of the data acquired has been integrated in a schematic model, including 4 components of the interpretative intercession: energetical — estimative — integrative — relational.

DISCURSUL RORSCHACH ŞI DINAMICA PSIHOPULSIONALĂ A PERSONALITĂŢII

Irena Talaban-Andrucovici

Spitalul Clinic „Dr. Gh. Marinescu" — Bucureşti

LUCRAREA SE REFERĂ LA O MODALITATE DE INVESTIGARE proiectivă printr-un cuplu tehnic Rorschach-Szondi, cu valoare probantă pentru ipotezele psihodiagnostice bazate pe inferenţe clinice, considerăm trei nivele de analiză a persoanei :

— nivelul inconştientului familial dat de profilul pulsional szondian ;

— nivelul inconştinetului personal realizat într-o activitate deschisă, productivă, reprezentînd structura profundă a individului ca entitate particulară, nivel semnificativ reprezentat în proiecţia Rorschach ;

— nivelul manifest, existenţial, surprins prin investigaţia clinică anamnestică.

S-a încercat o adaptare a modalităţii interpretative la Rorschach, adaptare concepută pe baza unei analogii de semnificaţie structurală între factorii Rorschach şi factorii Szondi. Există două mari dimensiuni Rorschach :

— dimensiunea denotativă (factorii formali clasici de cotare a răspunsului : aprehensiune, determinant, conţinut) ;

— dimensiunea conotativă (sensurile simbolice evidenţiate de/conţinute în calităţile particulare ale răspunsului ; aceste sensuri simbolice au fost grupate după o corespondenţă cu semnificaţiile generale ale factorilor Szondi).

Denotativul Rorschach se repartizează în patru mari domenii structurale, corespunzătoare direcţiilor de angajare ale psihismului şi anume:

1. *Cognitiv :* în sens larg, proces de recepţie, prelucrare (pasivă sau activă), deschidere faţă de afluxul informaţional.

2. *Afectiv :* în sens general, prelucrare timetică a experienţei interne şi externe, rezonanţă subiectivă fundamentală a experienţelor relaţionale trăite.

3. *Motivaţional :* dinamica blocului reglator al sistemului personalităţii, forţa/disponibilităţile de investiţie/angajare, de la Sine la Supraeu.

4. *Relaţional :* domeniile de raportare/legătură obiectală, văzute ca tipuri de experienţă a contactului psihologic.

Există, corespunzător, patru vectori pulsionali Szondi :

1. *Vectorul sexualităţii :* disponibilitate pulsională a sensibilităţii globale ca cea mai largă modalitate perceptivă (energii bazale suportive).

2. *Vectorul afectivităţii* sau *paroxismal :* „viaţa emoţiilor şi sentimentelor" (Szondi, 1952) : modalităţi de prelucrare afectiv-valorică, tipurile de raport între persoană şi experienţele normate.

3. *Vectorul Eului :* modalitate de construcție a idealului de posesiune și existență (automișcare a sistemului psihic).

4. *Vectorul contactului :* tipuri de legătură și de strategie relațională cu lumea obiectală.

Conotativul a fost sensificat în 8 categorii după criteriul aportului lor în precizarea tendinței cele mai probabile de manifestare a factorilor conotativi. Considerăm că aceste tendințe de manifestare corespund trebuințelor pulsionale din vectorii pulsionali Szondi. Dăm mai jos cele 8 sensuri după cum urmează :

1. *În blocul cognitiv :*

— sensul sincretic, de recepție și prelucrare „artistică" imagistică, pasivă-protectivă, a informației interne și externe, sens corespunzător factorului szondian „h" ;

— sensul sintetic, de prelucrare-operare activă, participație formativă, violentare a informației brute, corespunzător factorului szondian „s" ;

2. *În blocul afectiv :*

— sensul impresiv, de acumulare internă cu potențial exploziv sau purificator, exprimînd antrenarea interiorității cumulate și corespunzător factorului „e" szondian ;

— sensul expresiv, exhibitiv, de punere în valoare în conformitate cu o necesitate internă, fără o prealabilă acumulare sau prelucrare, semnificînd mai mult defensa exteriorizată decît ofensiva tensionată și corespunzînd factorului szondian „hy".

3. *În blocul motivațional :*

— sensul introiectiv semnificînd mișcarea de interiorizare a conținutului de experiență motivațională, mișcarea de posesiune a Eului ; sensul acesta corespunde factorului pulsional „k" ;

— sensul proiectiv ca mișcare de expansiune a interiorității, de aspirație la un model ideal de existență sau ca mișcare de proiecție clasică ; acest sens corespunde factorului pulsional „p".

4. *În blocul relațional :*

— sensul detașant, considerat ca modalitate de raportare prin îndepărtarea de obiect, refuzul contactului sau conservarea latentă a energiilor de relație — corespunde factorului pulsional „d" ;

— sensul atașant, ca tendință la legătură, colanță la obiect sau activitate consumativă față de obiect, modalitate ce conotează aderență, dependență la un obiect real sau fixație la un obiect ideal ; exprimă o trebuință de securizare și corespunde factorului pulsional „m".

Factorii denotativi Rorschach se repartizează după cum urmează mai jos conform celor patru blocuri structurale corespunzătoare celor patru vectori pulsionali Szondi :

1. *Aprehensiunea* (factorii : G, D, d, Dbl, Do, G—) pentru cognitivitate-sexualitate ; acești factori cu variantele lor combinative și disfuncționale sînt ordonați simetric pe verticală, în ordinea descrescîndă a valorii lor adaptative.

2. *Determinantul cromatic* (factorii : FC, CF, C, E, Clob, Cn) pentru blocul afectiv-vectorul paroxismal.

3. *Determinantul kinestezic* și *determinantul formal* (factorii : K, kan, kob, Kp, K abstr., F) se repartizează simetric în cadrul vectorului/ blocului motivațional.

4. *Conținutul,* grupat pe 6 categorii : S=spiritual, P=pragmatic, H=human, A=animal, T=terestru, Cs=cosmic), corespunde blocului relațional sau vectorului de contact ; cele 6 categorii de conținut realizează domeniile de realitate cu tipurile de experiență relațională, desemnînd ceea ce în procesul personalizării se constituie în sursă și obiect al trebuințelor.

Fiecare răspuns cotat in Rorschach după uzanțele clasice, deci fiecare secvență denotativă Rorschach va primi și o cotare conotativ-factorială Szondi (vezi cele 8 categorii de sensificare a conotativului). Astfel, un răspuns cotat integral se va repartiza în patru încadrări vectoriale, în fiecare din ele primind concomitent și o determinare conotativă.

Prin calcul procentual pentru fiecare tip de reacție-răspuns în raport cu totalul răspunsurilor cotabile se obțin valori factoriale care alcătuiesc profilul fiecărui vector. În ansamblu rezultă configurația structural-dinamică a stilurilor probabile de acțiune cu participarea diferențiată a blocurilor structurale ale persoanei.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Anzieu D. : *Les méthodes projetives,* 4e ed., P.U.F., Paris, 1973.
2. Rorschach H. : *Psychodiagnostic,* 4e ed., P.U.F., Paris, 1967.
3. Szondi L. : *Diagnostic experimental des pulsions,* P.U.F., Paris, 1952.

THE RORSCHACH DISCOURSE AND THE PSYCHOPULSIONAL DYNAMICS OF PERSONALITY

Summary

This work is an attempt of a projective psycho-diagnosis estimate by means of the Rorschach-Szondi technical couple. In this sense, the four great structural fields corresponding to the Rorschach denotative dimensions were equated to the four Szondi pulsional vectors.

In this way, it was established that : the cognitive dimension would correspond to the sexuality vector, the affective dimension to the paroxismal vector, the motivational dimension to the Ego vector and the relational dimension to the contact vector. Within each of the four dimensions (or pulsional vectors) eight categories of connotative senses were established : the syncretic sense for the pulsional factor „h" ; the synthetic sense for the pulsional factor „s" ; the impressive sense for the pulsional factor „e" ; the expressive sense for the pulsional factor „hy" ; the introjective sense for the pulsional factor „K" ; the projective sense for the pulsional factor „p" ; the detaching sense for the pulsional factor „d" ; the attaching sense for the pulsional factor „m".

Each Rorschach denotative sequence, considered according to the classic standard, will have a Szondi connotative factorial index as well. On the whole, the result consists of the structural-dynamic configuration of the probable actions styles, by the differentiated participation of the structural dimensions of the person.

PERSOANĂ, PERSONALITATE, PERSONAJ ÎN INVESTIGAREA CLINICO-PSIHIATRICĂ A NEVROTICILOR

I. Alexandrescu

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

I. *MATERIAL ȘI METODĂ.* OBSERVAȚIILE PE CARE LE COMUnicăm sînt rezultatele unor investigații efectuate pe un număr de 80 subiecți umani de ambele sexe, între vîrsta de 20—50 ani, bolnavi psihici la limită cu normalitatea, în speță toți nevrotici, internați în Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași, ridicînd probleme de statut social și rol, de mediu marcant autoritar și de maladaptare profesională, coroborate cu diverse cercetări de specialitate autohtone sau străine. În cercetările proprii s-a uzat de o metodologie complexă, dar s-a pus accentul pe anamneză și pe explorarea proiectivă, de un real folos fiindu-ne testul frazelor de completat al lui Serraf.

II. *Problematica abordată în lumina psihologiei contemporane.* Psihologia contemporană atestă că ființa umană se exteriorizează prin trei ipostaze : prin postura de persoană, prin cea de personalitate și prin cea de personaj.

Persoana reprezintă ipostaza socială a insului (3), cumularea Eului cu lumea, înglobînd în sine doi poli : Eul și lumea. Realitatea persoanei implică un sistem interior al acesteia, un model al său, în raport de care acesta se exteriorizează, acest sistem interior fiind personalitatea. Conceptul de personaj indică un individ care joacă un rol determinat în societate, rolul impunînd un anumit comportament (5), același individ putîndu-se manifesta prin mai multe personaje, deși nu-i decît o singură persoană. Rolul social îi asigură persoanei *existența*, *statutul* îi acordă o anumită *demnitate*. Nu există persoană oricît de modestă ar fi care să nu facă caz de demnitatea sa. Rolul social prezintă o importanță capitală pentru ființa umană. Prin el se dezvoltă conștiința funcționalității și utilității noastre sociale, acestea două ajutînd și la sesizarea rațiunii sociale și a datoriei, a dependenței față de societate. Statutul social gestează conștiința *autonomiei insului,* prin statutul său social omul exprimînd *legea,* fiind legea, în cadrul legii, în îndeplinirea obligațiilor sale, nedepinzînd de semenii săi, ci constituind o maiestate, avînd ca atribut principal suveranitatea.

III. *Constatări în contextul teoriei celor trei ipostaze.*

Datele în legătură cu subiecții care trec brusc și pe neașteptate în inactivitate arată că aceștia sfîrșesc prin a se rezuma la o viață vegetativă, concomitent manifestîndu-se printr-o marcantă demodulare afectivă, în special prin adinamie, apatie, atonie. Astfel de tulburări, însoțite de

altele descrise de către specialişti, fac, după aceştia, obiectul sindromului KZ (4). Investigaţiile întreprinse pe persoane trăind în medii extrem de autoritare evidenţiază faptul că acestea se rezumă la o viaţă plată sau la una duplicitară (2). Malajustarea profesională pune probleme de vocaţie (1). Şi într-un caz şi în altul se ajunge la o mai uşoară sau mai accentuată dezechilibrare psihică.

In toate situaţiile de mai sus, aşa cum era de aşteptat, cum atestă toate cercetările şi cum explică doctrina care s-a constituit în materie, studiul nostru a decelat în procesul de dereglare psihică, fie la subiecţii examinaţi în laborator, fie la cei prezentaţi de literatura cercetată, doi factori declanşatori : terenul şi conflictul. În asemenea cazuri se poate lua în consideraţie un teren psihic mai labil, uşor pretabil eroziunii, dar nicidecum minat de seisme catastrofale. Conflictul, în schimb, apare ca un factor hotărîtor în declanşarea dezechilibrării şi tulburărilor psihice. Iniţial, acesta constă într-un impact cu ambianţa, cu *altul* sau cu *altul generalizat*. Ulterior virează spre interior declanşînd impactul dintre straturi, dintre ipostaze, dintre Euri. Se ajunge la o confruntare duală în situaţie unipersonală, la conflictul intrapersonal, care epuizează subiectul şi-i rupe echilibrul cu mediul şi cu sine însuşi.

Cum se explică fenomenele sesizate la subiecţii care trec brusc în inactivitate ?

Prin deposedarea subiecţilor în cauză de personajele avute în viaţa anterioară, prin conflictul generat de această deposedare. Reduşi acum la un simplu nume, aici nemaiîndeplinind nici una dintre funcţiile sociale anterioare prin care erau cunoscuţi şi se autocunoşteau, s-au văzut deposedaţi de însăşi coloana vertebrală de susţinere a fiinţei lor publice.

La aceste persoane conflictul a antrenat iniţial personajul.

Persoana trăieşte prin rolurile şi statutele sale sociale, deci prin personajele sale, acestea dîndu-i conştiinţa autorităţii sale, alimentîndu-i imaginea fiinţei sale sociale şi întreţinîndu-i demnitatea.

Dar, după cum se vede, conflictul nu rămîne la un singur nivel, ci antrenează întreaga fiinţă. Astfel, după cum apare în cazul persoanelor care trec brusc în inactivitate, rolurile sociale susţin persoana şi însăşi sistemul personalităţii, funcţionarea acesteia. Prin privarea persoanei de rolurile sociale, deci de personaj, sistemul personalităţii fie că se anchilozează paradoxal, devenind static, rigid, total rupt de realitatea în marş din afară, căreia i se opune ridicol, cu scopul de a o opri din evoluţia sa, fie că se dezarticulează progresiv, pierzîndu-şi constanţa, transformîndu-se într-o pastă care poate lua orice formă.

Platitudinea persoanelor din mediul marcant autoritar nu se explică prin imposibilitatea acestora de a-şi dezvolta plenar personalitatea ? Duplicitatea lor nu reprezintă un mecanism de apărare al Eului ?

Dar malajustarea profesională ?

Studiind subiecţii aparţinînd unor astfel de cazuri se constată că atunci cînd persoana nu se poate exprima central, în raport de propria-i personalitate. cînd prezintă conştiinţa incompatibilităţii, demarează într-o conduită incongruentă, într-una ambivalentă sau pur şi simplu într-o boală psihică, de obicei în nevroză.

IV. *Concluzii.* Materialul prezentat denotă că în contextul fiinţei umane fiinţează, într-adevăr, trei ipostaze, care constituie trei realităţi psiho-sociale. Concomitent, demonstrează însă că acestea, adică persoana, personalitatea şi personajul se află într-o strictă interdependenţă, ele neexistînd decît în şi prin fiinţa umană.

Personalitatea, de exemplu, ca sistem, ca model interior al persoanei indică acesteia rolurile pe care poate să le joace în viaţă. Integrarea-

persoanei într-un rol social corespunzător dă autenticitate personajului, iar persoana prezintă în acest caz un echilibru optim. În același timp, situația se repercutează, invers, favorabil asupra personalității, consolidîndu-i acesteia sistemul.

Dezacordul dintre cele trei ipostaze conduce la conflictul intrasubiectiv, cu consecințe mai mult sau mai puțin grave pentru fiecare dintre ele (golirea persoanei de conținut, anemierea sistemului personalității, inautenticitatea personajului etc.) și asupra întregii ființe umane, punîndu-i acesteia în pericol sănătatea psihică.

Acordarea unei asistențe psihiatrice eficiente, ca terapie și psihoterapie, solicită o perfectă cunoaștere a persoanei, personalității și personajului și a raporturilor dintre acestea, a unui subiect uman, internat într-un staționar de psihiatrie.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Alexandrescu I. : *Personalitate și vocație,* Edit. Junimea, Iași, 1981.
2. Alexandrescu I. : în Viitorul psihiatriei, „Socola", Iași, 1982.
3. Allport, G.W. : *Pattern and growth in personality,* London — New York, 1963.
4. Turnier, Dr. Paul : *Le personage et la perssone,* Delechau et Niestlé, Suisse,

PERSON, PERSONALITY AND PERSONAGE IN CLINICAL AND PSYCHIATRIC INVESTIGATION OF NEUROTICS

Summary

Through investigations carried out in 80 neurotics with difficulties of social status and problems of role, stressing environment and professional maladjustment, together with special Romanian and foreign researches, the author points out the necessity of a thorough sociological investigation of the pacients admitted in a psychiatric ward. He discusses the existence — within the context of human being — of person, personality and personage as distinct realities that are inter-conditioned but which, due to the conflict between them may lead to psychic disorders.

DIMENSIUNI PSIHAGOGICE ŞI RECUPERATORII ALE ARTEI

Maria Topoliceanu, Gh. Mihai, D. Cernei

Institutul de Medicină şi Farmacie — Iaşi
Institutul Politehnic — Iaşi

ARTA CA SIMBOL POLISEMIC ŞI CONOTAŢIE OFERĂ POSIBILitatea unei cuprinderi virtuale a lumii în totalitatea sa şi a sufletului în universalitatea lui, constituind în acest sens o replică estetică dată limitelor condiţiei umane. Definind arta ca antidestin, A. Malraux afirma : „Singurul răspuns dat morţii este arta" ; sentinţa sa poate fi concepută şi ca un răspuns dat vieţii, a cărei proiecţie în artă îi conferă semnificaţia şi autenticitatea. Atît şocul emoţional cît şi conexiunile neaşteptate pe care arta le generează, conştientizează aspiraţii sau dorinţe încă nebuloase şi detaşează spiritul de imedialitate a vieţii, prelungindu-i contingenţa la „majestatea universalităţii permanente", după expresia lui C. Noica.

Prin înseşi criteriile sale : reprezentativitatea, expresivitatea, forţa de vizualizare sau audibilitate, arta se adresează deopotrivă senzorialului, afectului şi raţiunii, influenţînd pragurile senzoriale, modificînd disponibilităţile şi punînd spiritul în mişcare (1, 3). În acest sens, ea poate deveni un adevărat „placebo" mental în prevenirea, recuperarea sau optimizarea atitudinilor umane, valorificînd multiplele valenţe ale insului ca personalitate culturală şi modelîndu-i conştiinţa. Aceste cîteva consideraţii generale asupra ecoului actului creator asupra psihicului uman sugerează posibilitatea transformării modelelor etice în deprinderi şi convingeri pentru a se ajunge în final la realizarea unui comportament artistic, ca posibilă premisă a unui stil estetic (homo aestheticus). *

* aisthanomai = a percepe

Această problemă atît de complexă şi departe de a fi epuizată nu ne permite să abordăm decît cîteva laturi ale sale, legate de : componenta psihologică a artei ; arta sub aspectul teoriei informaţiei (ca mijloc de comunicare) ; virtuţile modelatoare ale artei (de educaţie comportamentală).

Tratarea terapeutică a comportamentului are în vedere pe de o parte sistemul de motivaţii şi finalităţi ale terapeutului şi pe de altă parte, starea psiho-socială, încadrată într-un sistem de norme, a subiecţilor vizaţi.

Se cunoaşte o gamă variată de tehnici şi mijloace care recuperează fie disfuncţionalităţi — manifeste la limitele normalului, — fie disfunc-

ționalități care depășesc aceste limite (Recuperarea prin artă vizează oricum și situația lipsei de repaos sau a confortului moral).

Utilizînd calea psihoterapiei nu urmărim o reechilibrare a insului ca scop pur, ci una cu virtuți educative ; părerea noastră este că nici o cale psihoterapeutică nu poate face abstracție de necesitatea reinstaurării insului în mediul social — ca mediu afectiv — fără a-și „re"-însuși normele de conduită firească în acest mediu.

Firește, psihoterapia are de-a face fie cu un *subiect*, fie cu *un grup* de subiecți, tehnicile fiind nuanțate în fiecare caz în parte. Cercetările școlii americane de psihosociologie au arătat de altfel valoarea psihoterapiei cît privește grupul (micro), care poate valorifica și activa calitățile personalității individuale în special prin stimularea comunicabilității și a spiritului de cooperare.

Putem lua în discuție psihoterapia prin artă combinînd situațiile expuse astfel : 1) psihoterapia prin artă a individului anormal disfuncționat ; 2) psihoterapia prin artă a grupului (micro) disfuncționat anormal ; 3) psihoterapia prin artă a individului disfuncționalizat în limitele normalului ; 4) psihoterapia prin artă a grupului disfuncționat anormal.

În lucrarea de față nu ne preocupă punctele 1 și 2 ; dacă vom face totuși o remarcă, aceasta constă în aceea că psihoterapia care se angajează în recuperarea disfuncționalității comportamentelor anormale (aberante) solicită echipe de terapeuți — psihologi, sociologi, medici — sau cel puțin o pregătire multi-disciplinară din partea aceluiași terapeut.

În epoca contemporană psihoterapia care se adresează celor din clasele 3 și 4 se diferențiază după cum este vorba de *prevenire, recuperare* sau *optimizare* a activității subiecților.

Psihoterapia prin artă este așadar de fiecare dată altfel și altceva, după cum are un caracter preventiv, recuperator sau optimizator.

Atragem în acest sens atenția asupra faptului că nu putem susține existența unei metodologii coerente și riguroase a unei artterapii. Argumentul principal îl constituie genurile atît de diferite ale artei — muzica, pictura, coregrafia, umorul — care prezintă fiecare specificități de construcție și adresabilitate și care nu se unesc decît la nivelul finalităților. Dacă am discerne totuși un element comunitar, acela s-ar afla la nivelul afectiv-ideativ ca joc (ludus) în care subiecții sînt antrenați. Contemplarea artei se găsește astfel în afara unei finalități imediate, fiind posibilă doar prin conștientizarea unei convenții. În acest sens, opera de artă nu este nici reală, nici ireală, ci *areală*, după cum o definește T. Vianu, oferind o detașare de imediatitatea vieții, dar rămînînd în același timp în cadrele ei.

În afara funcției *ludice* a limbajului artistic, artterapia valorifică și celelalte virtuți (însușiri) ale sale și în primul rînd cea *persuasivă*. Ca mod de folosire al limbajului artistic, această funcție se apropie de cea *afectivă*, avînd un caracter situativ evident în sugestopedie, psihotronică sau psihanaliză.

Nu ne vom opri mai mult asupra acestor însușiri ale limbajului artistic, subliniind doar *disponibilitățile comunicative* ale acestuia : terapia pe care o avem în vedere nu urmărește informarea, ci comunicarea. Plecînd de la etimologia cuvîntului (lat. commnnico = a pune împreună, deci a comuniza valori) și transpunînd în plan lingvistic ideea de boală psihică ca decodificare falsă în raportul semnificat-semnificant înțelegem pe deplin importanța comunicării în psihoterapie. Parafrazîndu-l pe Descartes am putea spune : „Comunic, deci exist".

În realizarea acestui scop se cer însă întrunite anumite condiții :

a) Care privesc subiectul . 1) adresarea genului de artă și valorilor genului la nivelul culturii sale ; 2) deschiderea către genul respectiv (unghi de deschidere) ; 3) crearea unui mediu adecuat în vederea instalării unei relații optime medic-pacient (situație terapeutică), importanța locului și momentului, înlăturarea excitanților perturbatori) care favorizează o dispoziție și o receptivitate optimă, chiar o abilitate de a se supune terapeutului și a se transpune în lumea ficțiunilor.

b) Care privesc terapeutul : 1) cunoașterea naturii disfuncționale.

R. Jacobson sistematizează funcționarea limbajului în 6 funcții : expresivă, conativă, poetică, fatică, referențială, metalingvistică, în timp ce A. Ombredane se oprește la 5 : afectivă, practică, ludică, reprezentativă, dialectică.

Exercițiul psihoterapeutic cu arta pune deci în evidență dimensiunile ei psihagogice, prin care aceasta poate fi mînuită nemijlocit în scopuri recuperatorii ; în cazul acțiunii individualizate, sarcina remodelării structurilor interioare ține seama de „necesitatea rezonării între idei și afecte a conexiunii afective a ideilor și ideative a afectului" (2).

În privința acțiunii asupra unui grup, terapia prin artă se întemeiază pe crearea solidarității emoționale ridicate la nivelul ideatic pe cale colaboratorie (prin mijloace non-directive).

Fie că se realizează prin limbajul frazei muzicale, prin limbajul artei non-figurative sau al celei coregrafice, limbajul artei poate fi utilizat analitic, orientînd psihoterapeutic atît individul cît și microgrupul.

Punctul nostru de vedere este că artterapia își evidențiază valoarea îndeosebi în ceea ce privește recuperarea conduitelor normale aflate într-o situație ambiguă, mergînd spre disfuncționalitate, putînd fi de asemenea valorificată ca metodă de relaxare și reconfortare în prevenirea alunecării spre disfuncționalitate patologică ; ea este de asemenea o terapie a creativității, intervenind activ asupra individului; astfel încît acesta să se angajeze interesat în relația terapeutică în calitate de colaborator pentru propria sa restructurare. În acest sens, considerăm posibilă apariția în viitor a unor cabinete specializate în terapia prin artă, pledînd pentru importanța sensibilizării diferitelor discipline în direcția fundamentării mijloacelor artistice ca realitate funcțională.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Hill A. : *L'art contre la maladie, une histoire d'Atthérapie,* Paris, 1947.
2. Odobleja S. : *Schiță a unei logici consonantiste,* Edit. Scrisul Românesc, Craiova, 1983.
3. Vîgotszki V. : *Psihologia artei,* Edit. Univers, București, 1975.

PSYCHAGOGIC AND RECUPERATORY DIMENSIONS OF ART

Summary

Trying to outline some psychogenic and rehabilitative dimensions of art, as an analytical method of individual or group psychotherapy, the authors tackle some of its aspects, mainly referring to: the psychological component of art; art in point of view of the informational theory (art as a communication means); moulding virtues of art.

Resorting to a complex of specific technics, art-therapy turns to account the creative and intellectual-affective valences of the individual as a cultural personality. Thus, it becomes a widely used method, which is added to the classic psychotherapeutic proceedings and occupies a place of first importance in the psychotherapy of the future.

PSIHOSOCIODIAGNOZA ȘI TERAPIE FAMILIALĂ ÎN EVALUAREA ȘI RECUPERAREA BOLNAVILOR INVALIZI PRIN PSIHOGENII

Iolanda Mitrofan, Sandra Constantinescu, Mihaela Gheorghiu, B. Popescu, Fănica Stăniloiu

Institutul de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă — București

1. *ARGUMENTE, OBIECTIVE, IPOTEZE.* CERCETĂRILE DE PSIHOsociologie, psihodiagnoză și psihoterapie familială desfășurate pe parcursul ultimilor 40 de ani au deschis o perspectivă fructuoasă în abordarea afecțiunilor psihice. Contribuții importante în acest sens și-au adus abordările psihodinamice (Ackerman, Lidz, Flecks, Cornelison, Searles, Reiss, Bowen, Arieti, Anderson, Boyd) și abordările interacționale, sistemice și comunicaționale (Bateson, Haley, Fry, Weakland, Jackson, V. Satir, Sluzki, Bodin, Riskin, Beavin, Watzlawick, Berne, Minuchin). În țara noastră s-au intensificat preocupările în acest domeniu în ultimii 10 ani (U. Șchiopu, A. Ionescu, I. Mitrofan, ș.a.). În cadrul unei cercetări concrete pe 138 de cazuri de bolnavi psihici invalizi și în curs de invalidare prin afecțiuni psihogene, ne-am propus elaborarea și aplicarea unui model de diagnoză și terapie familială adecvat necesităților de evaluare și recuperare socioprofesională a acestor categorii de deficienți. Pe baza unor observații longitudinale și a datelor de experiență am emis ipoteza că *disfuncțiile familiale manifestate în sistemul interacțional și în structura de roluri conjugal-parentale sînt implicate esențial nu numai în etiologia unor afecțiuni psihogene, ci și în întreținerea și agravarea lor în sens invalidant.* În evaluarea capacității de muncă și a recuperabilității unui astfel de bolnav invalid, formularea unui diagnostic *psihosociofamilial* care să precizeze sistemul influențelor psihopatogene intrafamiliale devine necesară, ca și inițierea unei terapii de familie cu scop recuperator. În interiorul sistemului familial patogen, unii membri apar ca surse (emițători) de stress psihopatogen, iar alții ca receptori (reactori) psihopatologici ai primilor, ulterior ei înșiși perpetuînd, prin reacțiile lor morbide, stressul intrafamilial. Boala psihică și invaliditatea unui membru al familiei poate apare concomitent ca simptom al sistemului familial disfuncțional, dar și ca factor de întreținere a dezechilibrului intramotivațional și a distorsiunilor în structura de roluri familiale. În raporturile sale cu membrul afectat psihic și statuat invalid, familia ajunge să dezvolte ca mecanism de apărare la stressul creat de modificarea de statut

și de rol a membrului-simptom, un ansamblu de concepții, atitudini și comportamente în legătură cu bolnavul, cu consecință dezadaptativă și uneori, anticompensatorie. Acestea pot prejudicia demersul recuperator, în condițiile în care sistemul familial disfuncțional nu ar fi cuprins în terapie.

2. *Strategiile metodologice utilizate* au fost : — ancheta psihodiaagnostică familială, observația și examinarea în plan tridimensional (clinic, psihologic și social) a membrilor-simptom, precum și a celorlalți membri ai microgrupului familial (complet sau parțial, în limita posibilităților), în scopul studierii incidenței tipurilor de disfuncții familiale implicate în întreținerea și agravarea psihogeniilor invalidante (pe 138 cazuri) ; — metoda experimentului psihoterapeutic familial aplicată pe o cazuistică selectată de 46 cazuri familii-pacient, cu un membru afectat nevrotic sau cu mai mulți membri nevrotici și/sau psihopați.

3. *Structura și etapele modelului de terapie familială aplicat.* Modelul terapeutic are un caracter analitic și psihagogic-reconstructiv, incluzînd familia atît în ipostaza de pacient, cît și în cea de *coterapeut*, în procesul complex al compensării bolnavului invalid, în contextul procesului terapeutic de compensare familială. Etapele terapeutice corespund următarelor obiective : 3.1. corecția mecanismelor perceptiv-cognitive interpersonale, privind imaginea asupra bolii și invalidității membrului afectat, cunoașterea, anticipareaa și prevenirea repetării și întăririi comportamentelor psihopatogene în microgrupul familial ; 3.2. reechilibrarea balanței motivaționale intrafamiliale, prin redimensionarea comportamentelor de rol complementar și stimularea capacităților compensatorii ale familiei (coeziune, scăderea gradului de tensiune interpersonală, reorientarea cîmpului motivațional : trebuințe, interese, aspirații ; 3.3. corecția și optimizarea paternurilor comportamentale familiale prin antrenarea în jocul de rol „prescris", cu stimularea forțelor assertive și echilibrarea participărilor membrilor în sens mutual ; 3.4. reevaluarea impasului morbid și a stării de invaliditate de către pacient și de către familia sa, din perspectiva modificărilor survenite în sistemul interacțiunilor familiale. S-au practicat tehnici axate preponderent pe relația conjugală și parental-filială, și în unele cazuri, pe relațiile intergenerationale (familii mixte).

4. *Unele rezultate obținute* au condus la relevarea unor aspecte deosebite pentru practica de evaluare și recuperare a capacității de muncă în afecțiunile psihogene invalidante, dintre care menționăm :

— defectul interacțional familial corelează înalt semnificativ cu decompensările și dezvoltările psihogene, fiind simultan un factor etiologic și un factor de întreținere, agravare, risc de recidivă și restructuralizare a acestor afecțiuni ;

— analiza motivațiilor și mecanismelor psihosociale ale interacțiunilor familiale patogene a înlesnit formularea unui diagnostic familial „în trepte" sau „în lanț" psihopatogen, util în corecta și nuanțata evaluare a capacităților restante din perspectiva recuperabilității, cît și în instituirea de la caz la caz a unui model terapeutic adecvat. Semnificațiile bolii și ale invalidității pentru bolnav sînt diferite și adesea în contradicție cu cele pe care familia le acordă impasului morbid și social al acestuia. Reacția psihogenă și dezvoltarea ei în sens invalidant pot să semnifice pentru bolnav protest și refuz patologic adresat unei instanțe psihogene familiale sau unui membru psihogen (soț, părinte, socru, co-

pil etc.), mecanism de apărare la sterssul familial prin demisie socială și profesională, evaziune, refugiu sau substituție patologică a nevoii de sprijin, securizare afectivă, compasiune și valorizare, eșec parental cu răspuns „la distanță", argument demonstrativ al incapacității de a satisface cerințele rolului familial sau profesional. Familia bolnavului tinde să considere pensionarea acestuia ca pe o soluție de protejare în raport cu alți factori psihogeni, pe care familia îi percepe de obicei eronat ca „răspunzători" sau „agravanți" pentru starea de boală a pacientului. De asemenea, pensionarea poate fi privită în raport cu familia sa, iar uneori, de degrevare a familiei de problemele relaționale dificile legate de incidentul morbid, prin „abandonul" acestuia în statutul de invaliditate, aparent comod. S-au mai remarcat și alte semnificații și atitudini defectuoase ale familiei în ceea ce privește invaliditatea, cum ar fi : soluție profitabilă pentru familie, facilitînd utilizarea resurselor restante ale bolnavului exclusiv în rezolvarea unor sarcini familiale (creșterea copiilor, nepoților etc.), „recompensă" pentru bolnav care s-ar fi îmbolnăvit în condiții de suprasolicitare socioprofesională, „sancțiune" socială pentru bolnav, avînd ca punct de plecare eventuale traume sau conflicte la locul de muncă, cu răsunet revendicativ la nivelul familiei. Toate aceste concepții generează atitudini și comportamente intrafamiliale defectuoase care întrețin și adesea agravează starea de boală, suprasaturînd psihopatogen traiectoria bolnavului și facilitînd cronicizarea afecțiunii sale.

Utilizarea terapiei familiale în cele 46 cazuri selectate a condus la bune rezultate în 32 de cazuri (finalizate cu compensarea parțială și totală și reintegrarea în activitate) ; 6 cazuri au înregistrat ameliorări minimale, iar 8 cazuri nu au răspuns la tratament, prezentînd reacții de rezistență ireductibilă în procesul terapeutic.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Ackerman, N.W. : Psychodinamics of Family Life. Diagnosis and Treatment in Family Relationship, New York, Basic Books, 1958.
2. Boyd Jeffrey, H. : Inaptient Setting, in Psychiatry, vol. 42, May, 1979, pp. 99—110.
3. Bodin, A.M. : *Project summaries of experiments in mental health training.* National Institute of Mental Health, Education and Welfare, 1971.
4. Ionescu A. : Psihoterapia de familie în manifestările nevrotice la copii și adolescenți. Teză de doctorat, București, 1984.
5. Minuchin, S. : Familles en thérapie, Edit. France-Amerique, 1980.
6. Mitrofan, I. : *Asistența și terapia familiei.* În Mitrofan N., Dragostea și căsătoria, Edit. St. și Enciclop., București, 1984.

PSYCHOSOCIAL DIAGNOSIS AND FAMILY THERAPY IN THE EVALUATION AND REHABILITATION OF INVALIDS DUE TO PSYCHOGENIC DISEASES

Summary

On the basis of certain longitudinal observations, as well as of some practical information, we started from the assumption that family disfunctions occur not only in the etiology of psychogenic disease, but also in their maintaing and aggravation towards invalidity. We use a tridimensional model of family diagnosis, adapted for the evaluation needs of labour capacity with this cathegory of pacients.

We experiment a model of family therapy, having the following stages: correction of interpersonal perceptive-cognitive mechanisms regarding the subject's illness and invalidity: the recovery of the motivational intrafamilial balance; correction and amelioration of family patterns; reevaluation of the morbid stage from the perspective of the changes which occurred within the interactional family system.

PSIHOCIBERNOZA ŞI PEISAJOTERAPIA

Cristina-Maria Cireaşă, V. Cireaşă

Institutul de Medicină şi Farmacie Iaşi
Institutul Agronomic „Ion Ionescu de la Brad" — Iaşi

ÎN CADRUL CONCEPTULUI ACTUAL DE „PSIHOTERAPIE TOTALĂ", în care personalitatea umană se studiază în unitatea ei bio-psiho-socială, un loc important se acordă „sănătăţii mintale optimale" (4). Or, sănătatea mintală presupune funcţionarea optimă a tuturor elementelor aparatului mintal, starea în care organismul uman este în perfectă armonie cu mediul ambiant.

Studiile efectuate de către Comitetul Internaţional Om-biosferă de pe lîngă U.N.E.S.C.O. pe marginea influenţei exercitate de peisaj asupra tonusului şi echilibrului neuro-psihic al populaţiilor umane au demonstrat necesitatea ca în procesul de urbanizare să se acorde multă atenţie spaţiilor verzi.

Deşi normele minime necesare de spaţii verzi prevăd pentru fiecare locuitor citadin 9,5 m^2 (4 m^2 pentru terenturile de sport, 4,5 m^2 pentru scuaruri şi grădini şi 1 m^2 grădini pentru copii), în marile oraşe ale lumii aceste norme nu sînt satisfăcătoare : Parisul are abia 1,4 m^2, New York-ul 5,5 m^2. Sub acest aspect Londra şi Roma se află într-o situaţie mai bună cu 9 m^2 spaţiu verde.

Iaşul, un oraş în plină reconstrucţie arhitecturală şi expansiune teritorială posedă puţine spaţii verzi. Astfel, faţă de suprafaţa totală a oraşului (3.650 ha) şi de numărul locuitorilor săi, spaţiile şi zonele verzi situate în perimetrul acestuia ocupă abia : 280 ha, din care parcurile reprezintă circa 80 ha. Repartiţia spaţiilor verzi este neuniformă, fiind concentrată în trei zone : Copou, Tătăraşi-Ciric şi Bucium, în care se află şi Spitalul Socola. În afara municipiului Iaşi există zone verzi mai mari (Poeni-Bîrnova), care însă nu satisfac exigenţele unei sănătăţi psihice.

În viziune cibernetică omul este un biosistem cu numeroase relaţii de intrări-ieşiri cu mediul amibant (6). Există un schimb permanent de substanţă, energie şi informaţii între organismul uman şi mediul înconjurător.

Mediul ambiant se manifestă în faţa noastră sub forma unui peisaj care are o funcţie sanitară prin valenţele sale estetice vitalizante (2).

Datorită suprasolicitărilor vieţii moderne omul este supus unui sindrom pe care l-am denumit *psihocibernoză*. Prin acest nou concept se

înțelege dereglarea mecanismelor cibernetice ale psihicului uman. Sub impactul acestui sindrom omul nu-și mai poate regla rapid sistemul nervos la schimbările accelerate ale vieții moderne. O dată instalată, psihocibernoza generează stări de apatie, angoasă, absență de la datoriile sociale etc.

Una din posibilitățile naturale de ameliorare a stării psihocibernetice este oferită de natură. Omul ca ființă „emotivă" se impresionează în fața formelor expresive și a frumuseții peisajului (5). Spațiile verzi ar trebui astfel proiectate încît acestea să trezească și să stimuleze setea de viață și posibilitatea de reglare a mecanismelor biocibernetice. Din acest punct de vedere se remarcă concepția marelui arhitect francez Le Corbusier care proiectează spații verzi ce sugerează trăiri umane. Compozițiile sale peisagistice aprind imaginația, luminează mintea și introduc în suflet sentimente de liniște și pace.

J. J. Rousseau evidențiază aceste stări psihice : ...„Cu cît privitorul are un suflet mai simțitor, cu atît se dăruiește mai din plin extazului iscat în el în această armonie. O dulce și adîncă visare pune atunci stăpînire asupra simțurilor sale și el se pierde într-o încîntătoare beție în imensitatea acestui frumos sistem cu care se identifică" (7).

Starea de psihocibernoză este ameliorată de o anumită repartizare spațială a formei coroanei, a dispoziției ramurilor, de culoarea predominantă a frunzelor, lăstarilor, florilor, fructelor, de modul de grupare al speciilor (3).

Prof. Ion Simionescu exaltă valențele psihosanogene ale naturii : ...„Nu poți să-ți iei ochii de la minunăția de forme și culori pe care le ai înainte. Uiți de observări. Treci la contemplări. Floarea, e motivul zborului gîndurilor tot mai sus. Întrebări peste întrebări năvălesc, pînă ca la cele mai din urmă neputîndu-le răspunde mulțumitor, ajungi să ridici imn de slavă naturii atît de bogată în toate" (8).

Natura joacă rolul mecanismului de psihofeedback care se opune și poate ameliora starea de psihocibernoză. Proiectarea și amenajarea spațiilor verzi de pe lîngă spitale, sanatorii și stațiuni balneoclimaterice pot fi folosite ca mijloace terapeutice de prevenire a psihocibernozei prin mecanismul de psihofeedbafore. În acest sens se consideră că spațiul verde în suprafață de circa 150 m^2 ar fi suficient pentru prevenirea și ameliorarea stării de psihocibernoză.

Macropeisajele și micropeisajele au o deosebită importanță în medicina preventivă și curativă pentru refacerea echilibrului sistemului nervos, precum și pentru fortificarea acestuia. În acest sens, cunoscutul pictor contemporan Vasile Grigore mărturisește recent că : ...„în pofida atîtor ademeneli ale tehnologismului tip secol XX îmi regăsesc echilibrul uman și spiritual privind în fiecare primăvară înflorind pomii, crăpînd pămîntul și țeasta ierbii sau a primelor lujere de flori, cum se dezgheață și primește elasticitate ramura copacilor" (1).

Crearea unui cadru, denumit de noi : *psihocronotop* (relaţia om-timp biologic vegetal — spaţiu verde), de pe lîngă case de odihnă, spitale, sanatorii şi staţiuni balneoclimaterice trebuie efectuată cu multă atenţie, astfel ca elementele introduse în peisaj să contribuie efectiv la ameliorarea sănătăţii umane (5).

Astfel, în jurul caselor de odihnă, se va amenaja un spaţiu verde care să sugereze un sentiment de relaxare obţinută prin simplitate, forme şi spaţii curbilinii, agreabile orizontale, în care să predomine nuanţe de verde, alb, gri. Se vor prefera speciile locale de arbori, arbuşti şi flori.

În grădinile sanatoriale şi de spitale destinate bolnavilor psihici, se va urmări realizarea unor spaţii verzi care să degaje sentimentul bucuriei. În aceste grădini se recomandă în afara speciilor locale, arbori şi arbuşti exotici, rozarii, straturi de flori în culori mai puţin contrastante.

Peisajul poate fi format din grupuri uniforme, alcătuite din pini (pinetum), Pirus silvestris L., P. nigra Arn., P. strob L. Aerul din jurul pinilor fiind saturat de emanaţii eterice, activează circulaţia sîngelui. Se preferă arbuşti cu înflorire îndelungată (Hibiscus siriacus L.). Este mult apreciată grupa arborilor columnari (Thuja occidentalis L., v. columna Spaeth).

Aleile trebuie să constituie un culoar şi o boltă verde în scopul efectuării unor plimbări cu mersul lent care calmează sistemul nervos. Aceste alei se pot planta cu castani, tei, chiparoşi etc.

În prezent o importanţă deosebită se acordă extinderii plantelor medicinale în grădinile sanatoriale datorită interesului manifestat faţă de fitoterapie. Cultura acestora plante de către bolnavi ar putea constitui o activitate plăcută, reconfortantă. Astfel, se pot cultiva speciile foarte solicitate : tătăneasa (Symphytum officinalis L.) cătina albă (Hippophaë rhamonides L.), muşeţelul (Matricaria chamommilla L.), salvia (Salvia officinalis L.) etc.

Cultura plantelor medicinale de către bolnavi, precum şi urmărirea comportării lor fenofaziale, hrăneşte sistemul nervos zilnic cu informaţii horticole noi, ceea ce le măreşte interesul pentru viaţă şi sănătate. Această cronoautoreglare este un mijloc eficient de apărare a organismului, un sistem de autoregenerare care ameliorează starea de psihocibernoză.

Peisajoterapia, ca şi peisajoprofilaxia, concepute la modul artistic se impune ca o disciplină viitoare a tratamentului psihofizic.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Arion G. : Flacăra, Bucureşti, 1985, nr. 18, p. 15.
2. Carmazinu-Cacovschi V. : Peisajul estetic vitalizant. Edit. Şt. şi Enciclop., Bucureşti. 1978.
3. Cireaşă V. : *Viitorul psihiatriei.* Rolul formelor de coroană în terapia psihică. Într. Poligr. Bacău, 1982, p. 285.
4. Fromm E. : *Texte alese,* Edit. Politică, Bucureşti, 1983, p. 45.
5. Negruţiu Filofteia : Spaţii verzi, E.D.P., Bucureşti, 1981.

6 Restian A.: Homo ciberneticus. Edit. Șt. și Enciclop., București, 1981.
7. Rousseau J.J.: *Confesiuni III, Visările unui hoinar singuratic,* Edit. Politică, București, 1969.
8. Simionescu I.: Flora României, Ed. a II-a, Edit. Fundația pentru Literatură și Artă, București, 1947.

PSYCHOCYBERNOSIS AND LANDSCAPETHERAPY

Summary

Due to the stress of modern life, human being suffers from a new syndrome which we named Psychocybernosis. By this general notion we understand the maladjustment of cybernetic mechanisms to human mind.

On account of this syndrome man cannot adjust quickly his nervous system to the rapid changes of modern life. Once settled, the psychocybernosis generates states of general apathy. Aiming at the improvement of this syndrome's recovery we use the therapeutic effects of landscape seeing.

LOCUL ŞI ROLUL STAŢIONARULUI DE ZI ÎN PEDOPSIHIATRIE

Şt. Milea, Rodica Urziceanu

Institutul de Medicină şi Farmacie Bucureşti
Clinica de Psihiatrie

MEDICINA MODERNĂ ÎN GENERAL ŞI ATITUDINEA FAŢĂ DE copilul bolnav psihic în special cunoaşte astăzi importante mutaţii. Ele sînt impuse de o seamă de progrese în domeniul cunoaşterii patologiei psihice. Dintre acestea sînt de reţinut dezvoltarea şi diversificarea metodelor de tratament, dar mai ales înţelegerea copilului suferind în egală măsură ca individ şi ca parte a unui context socio-familial cu care are necontenit raporturi bilaterale pato- şi sanogenetice. A apărut astfel tot mai pregnantă necesitatea prelungirii actului terapeutic dincolo de boală (în înţelesul restrîns al cuvîntului) şi a asigurării condiţiilor individuale şi sociale care să permită întoarcerea treptată la normalitate şi astfel inserţia sau reinserţia copilului bolnav în familie, şcoală, colectivitate şi societate sau, cînd acestea nu sînt posibile, o existenţă la cota maximă a posibilităţilor reale ale acestuia.

În acest context, staţionarul de zi, pentru copii şi adolescenţi cu tulburări neuropsihice, unitate semiambulatorie cu funcţii complexe capătă un statut din ce în ce mai ferm conturat. Faptul este impus de numeroasele sale avantaje întrucît el elimină o parte importantă a neajunsurilor celorlalte forme de asistenţă atunci cînd este vorba de o anumită categorie de bolnavi.

În primul rînd, staţionarul de zi permite evitarea riscurilor, deloc neglijabile pe care le implică, pentru copil, spitalizarea în regim clasic şi adesea, efectul antiterapeutic al acesteia legat de întreruperea interacţiunilor firesti cu familia, şcoala şi societatea, de trăirea sentimentului de abandon şi chiar abandonul real, de pierderea deprinderilor şcolare şi sociale cu consecinţa firească, ospitalismul. Permiţînd copilului să doarmă acasă, staţionarul de zi îmbină avantajul conservării legăturilor dintre copil, familie şi societate cu cel al unei economicităţi crescute, costul zi/bolnav fiind evident mai redus.

Faţă de asistenţa ambulatorie, staţionarul de zi dispune de mijloace de intervenţie mai numeroase ca şi de posibilitatea unui control şi a unei protecţii mai bune deoarece permite cel puţin :

— observarea şi evaluarea copilului în condiţii de comportament liber, pe parcursul întregii zile, sporind astfel gradul de acurateţă al diagnosticului şi asigurînd o evaluare mai fidelă a nevoilor imediate şi de perspectivă ;

— o intervenţie terapeutică multifocală facilitată de contactul zilnic cu familia şi posibilitatea implicării nemijlocite şi continui a acesteia în actul terapeutic.

Staționarul de zi pentru copii și adolescenți cu tulburări neuropsihice reprezintă o structură funcțională calitativ nouă ale cărei principii de bază sînt, după părerea noastră, următoarele :

— *Principiul teritorializării.* Impune acoperirea asistenței în regim de spitalizare parțială, pentru un teritoriu delimitat.

Pentru asigurarea accesibilității, a coerenței și continuității îngrijirilor se impune plasarea sa în apropierea celorlalte instituții medicale și nemedicale implicate în rezolvarea problemelor de diagnostic și tratament.

— *În al doilea rînd,* ca principiu, staționarul de zi se plasează în postura de verigă intermediară între asistența ambulatorie și cea cu paturi. Aceasta înseamnă că staționarul de zi asistă cazurile trimise de cele două tipuri de unități trimițîndu-le apoi spre ambulator atunci cînd tulburările s-au ameliorat sau spre spital în situația în care evoluția bolii impune o astfel de măsură.

— *Principiul asistenței în echipa complexă.* Implică în primul rînd colaborarea și cooperarea dintre toți membrii staționarului de zi și dintre aceștia și echipele de specialiști ale celorlalte unități de psihiatrie afectate aceluiași teritoriu (L.S.M., secția cu paturi). În al doilea rînd, un schimb continuu de informații și o colaborare strînsă cu toate unitățile implicate sau implicabile în rezolvarea problemelor de diagnostic, tratament, școlare sau socio-familiale ale fiecărui caz în parte. Avem în vedere, între altele, implicarea atît a membrilor echipei terapeutice cît și a personalului didactic în soluționarea problemelor de învățămînt și resocializare a copiilor beneficiari ai regimului de tratament în staționarul de zi. Se creează astfel posibilitatea ca o bună parte a copiilor internați să-și poată continua procesul de învățămînt în clase cu regim diferențiat sau nu din școlile din apropierea staționarului de zi, tot așa cum nu poate fi exclusă nici participarea cadrelor didactice la procesul terapeutic complex ce se desfășoară în incinta staționarului de zi. Pornind de la ideea că staționarul de zi se definește prin raportarea la noțiunea de terapie activă și nu de găzduire, o importanță deosebită o are crearea în interiorul staționarului de zi a unei situații suple favorabile tuturor categoriilor de pacienți, a unui mediu terapeutic stimulant și recompensant, în cadrul căruia diferitele tipuri de activități să fie adaptate obiectivelor propuse, în scopul motivării copilului și acordării unui statut mai larg decît acela de pacient.

Semnificația staționarului de zi este aceea a unui loc unde copilul și adolescentul găsesc posibilități de identificare, ei realizînd trecerea treptată de la dependența quasitotală la semiautonomie și-n final la autonomie. În același timp, este necesară și crearea unei situații structurale de învățare, astfel încît copiii internați să beneficieze de împletirea metodelor medicale și educaționale de tratament. Prin contactul zilnic cu familia, staționarul de zi oferă condiții optime — neîntîlnite în alte forme de asistență — de intervenție și rezolvare a contextului factorilor socio-familiali implicați în tulburările psihice ale copilului.

Echipei terapeutice îi revine rolul de-a ajuta părinții copiilor bolnavi să-și înlăture sentimentele lor de culpabilitate, anxietatea, diferitele forme de rejecție

și în final să ajungă să accepte copilul drept ceea ce este el de fapt. În cadrul grupurilor terapeutice și a ședințelor individuale, părinții sînt îndrumați în scopul dobîndirii deprinderilor necesare educării copilului, sînt consiliați pentru a deveni terapeuți ai propriilor lor copii, pentru a înțelege mai bine natura relațiilor lor cu copilul și a reacțiilor lor vis-à-vis de tulburările copilului.

În cazul tulburărilor de adaptare școlară, rolul staționarului de zi nu este de a debarasa clasa de un copil indezirabil, ci de a cerceta semnificația tulburărilor și modalităților de integrare, oferind cadrul optim pentru continuarea în condiții protejate a activității școlare. Așa cum am mai subliniat este de preferat ca pe perioada internării să se asigure condițiile necesare continuării procesului de învățămînt fie în cadrul unor clase anume organizate în școlile din apropierea unității, fie în contextul programelor terapeutice din staționarul de zi la care participarea cadrelor didactice devine astfel necesară.

Durata internării este variabilă, criteriul externării fiind dictat de obținerea unei creșteri a adaptării și a unei alianțe terapeutice suficient de bine stabilite pentru ca tratamentul să poată fi continuat ambulator.

Pe lîngă activitatea de asistență propriu-zisă, staționarul de zi în colaborare cu LMS-ul contribuie și la :

— activitatea de psihoprofilaxie și psihoigienă ;

— desfășurarea unei activități perseverente de educație sanitară, de deschidere a tuturor instituțiilor de copii pentru problemele de igienă mintală ;

— activitatea de cercetare subordonată nevoii cunoașterii morbidității reale din teritoriu, a evidențierii factorilor de risc și evaluării tehnicilor terapeutice.

Complexitatea atribuțiilor staționarului de zi și faptul că de cele mai multe ori activitatea terapeutică trebuie desfășurată în mod individual, impun încadrarea sa cu un personal în măsură să facă față atît ca număr, cît și ca profil de pregătire diversității obiectivelor curative și profilactice pe care și le propun.

Avem în vedere normarea adecvată cu specialiști : neuropsihiatru, psiholog, logoped, defectolog, educator și cadre medii specializate în terapia ocupațională, ergoterapie, kinetoterapie, euritmie etc. Pe această linie, datele din literatură (3) subliniază faptul că în activitatea de grup nu se poate lucra cu mai mult de 5 copii, în timp ce ponderea mare a procedurilor terapeutice individuale face ca raportul personal/număr de copii asistați să trebuiască să fie de 1/1 (9).

Personalul trebuie atent selectat, instruit permanent teoretic și practic pentru achiziționarea unei game largi de tehnici educaționale necesare organizării programului recuperator. Organizarea programelor terapeutice individuale și de grup necesită discuții cu toți membrii echipei, dialoguri privind problemele importante, dar și relevarea conflictelor sau tensiunilor (6), care pot surveni la un moment dat în scopul stingerii lor sau evitării unei rigidități, a unui imobilism dăunător bunului mers al activității. După cum afirma Recamier (citat de Salinger —9) „instituția trebuie mai întîi și în special să se îngrijească de ea însăși".

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Bennet D.: L'information psychiatrique, 1972, t. 48, nr. 6, pp. 545—548.
2. Bleandonu G.: L'information psychiatrique, 1972, t. 48, nr. 9, pp. 891—905.
3. Bourguignon A.: L'information psychiatrique, 1973, t. 49, nr. 2, pp. 109—127.
4. Despinoy M.: L'information psychiatrique, 1972, t. 48, nr. 6, pp. 569—577.
5. Figueiredo E., Roux N., Graber: L'information psychiatrique, 1974, t. 50, nr. 4, pp. 377—384.
6. Frommer E.: *Diagnosis and Treatment in Clinical Child Psychiatry.* William Heineman Medical Book, London, 1973.
7. Torma S., Kuittinen T., Niinivaara R.: Psychiatria Fennica, 1980, pp. 117—128.
8. ★ ★ ★ L'information psychiatrique, 1973, t. 49, nr. 2, pp. 109—127.
9. ★ ★ ★ L'information psychiatrique (Numero special: Journées Nationale sur les hôpitaux de jour), 1973, t. 49, nr. 5, pp. 415—514.

PLACE AND ROLE OF DAY HOSPITAL IN CHILD PSYCHIATRIC CARE

Summary

Day hospital for children and teenagers with neuropsychic disturbances, a semioutpatient unit with complex functions, has gained an ever more precisely established status, in step with the present-day changes in the attitude to the psychic pacient.

An intermediary chain between out- and inpatient types of care, day hospital proves to be a better form in solving an ever wider range of problems, as it eliminates an important part of the shortcomings of the other forms of care when certain pacients are to be dealt with. At the same time, having multiple means and forms of action, some of them specific, day hospital proves to be highly efficient and operating.

UNELE NOTAȚII PE MARGINEA PROBLEMEI COPILULUI MALTRATAT (SINDROMUL TARDIEU-SILVERMAN)

S. Blumenfeld

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

ATESTAT DE NUMEROȘI OAMENI DE ȘTIINȚĂ DE NOTORIETAte, sindromul are o denumire închinată prestigiului celor doi cercetători, Ambroise Tardieu și Silverman, primul, în urmă cu un secol, elaborînd un studiu interesant medico-legal cu referire la copiii maltratați, cel de al doilea, în 1953 conferind acestui complex de fenomene clinicoetiologice particulare, o fundamentare științifică, denumindu-l sindromul lui Tardieu (1).

Problema copiilor brutalizați a fost reluată ulterior cu și mai multă insistență pentru ca în ultimele două decenii să asistăm la o adevărată avalanșă de lucrări pe aceeași temă. Depistarea sindromului, prin natura lui cu semnificații sui generis, reprezintă încă și astăzi una din cele mai laborioase acțiuni. Este de admis că datele statistice din literatură cu referire la frecvența sindromului, se află cu siguranță mult sub nivelul celor existente în realitate. Backer dă cifra de 8000 copii brutalizați anual în R.F.G., în timp ce Larry apreciază că în S.U.A. 15% din copiii consultați la urgențe fac parte din această categorie. Fără îndoială, agresiuni asupra copiilor pot fi întîlnite pretutindeni. Acest fapt a determinat aproape peste tot instituirea unor dispoziții privind aspra penalizare a unor astfel de gesturi nefaste, nepedagogice (3). În țara noastră numărul de copii cu un echipament clinicoetiologic caracteristic sindromului, apare mult mai redus. În așezarea acestei afirmații, ținem seama nu numai de datele noastre personale, izvorîte din o practică profesională de lungă durată, ci mai ales pe considerentul de atîtea ori verificat, acel al structurii psihice, umanitare, generoase, bogate în sentimente de dragoste puternică față de copii, manifestată de poporul nostru.

Evident nu orice pedeapsă corporală reprezintă și sindromul respectiv. Aceasta implică prezența obligatorie a unor serioase și variate leziuni ; osoase, cutanate, oculare, viscerale, care vor contura reactiv în supliment, un așa zis „model" conduital patologic al copilului mai mare „torturat" și o prezență atitudinală a părinților semnificativă. Iată de ce examinarea mai ales a acestor copii suferinzi, a părinților lor, cere din partea medicului, a celorlalți factori angrenați în investigare, o tehnică ireproșabilă. În serviciile de psihiatrie infantilă, asemenea cazuri pătrund desigur mai rar, mai ales prediagnosticul „fardat" al tulburărilor de comportament cu fugi, indisciplină, furturi, sau acel al encefalopatiilor invalidante, al epilepsiei sever psihiatrizate etc. O expe-

rienţă clinică de calitate însă, o anamneză de minuţie, cu foraj atent polarizată pe făgaș etiologic, vor permite în final scoaterea în relief, în cele mai multe din cazuri, natura malefică a actului educativ (2). Ne vor veni în ajutor, în supliment și vestigiile cel puţin, ale agresivității descoperite la examenul somatic, imprimările gravate în atitudinea psihică a copilului și gestica des disimulatorie a familiei.

La un sondaj de opinie aplicat la 148 subiecţi părinţi (112 mame și 36 taţi), cu privire la utilizarea loviriі copilului în cadrul sistemului de educaţie, 73% din ei neagă și dezavuează gestul antipedagogic, deși, să recunoaștem, la o parte dintre ei cel puţin (14%), un dialog tematic ușor prelungit, ne-a permis să descoperim îndepărtarea de la realitatea faptică, o vestimentare în formalism verbal. La copiii mici cu potenţial sărac de a înţelege cuvîntul, e necesar, consideră alţii, a aplica uneori o asemenea metodă de formare a unor reflexe condiţionate, după ei, la această vîrstă, fiind mai concretă, mai practică, mai ușor accesibilă. De la acest gest unic sau repetat chiar, pînă la maltratare însă, pînă la chinuirea sadică, cu voluptate a copilului, e un drum lung de străbătut. Unul din părinţi, și-a torturat literalmente copilul, la o negare a unui furt aproape insignifiant.

Sub aspectul fricii, actele de brutalitate suportate sînt rar relatate de bolnavi, iar părinţii greu ajung a recunoaște gestul reprobabil. Se invocă atunci motivaţional, lipsa de timp în a desfășura cu toată corectitudinea „dorită“ actul educativ, acesta implicînd largi explicaţii verbale și nu se ezită nici în a invoca trezirea unor atitudini moștenite, trăite pe propria „epidermă“, sau se acuză, mai rar, ce-i drept, în instanţa de judecată a faptelor, ieșiri greu de stăpînit în stări de irascibilitate care infiltrează periodic sau chiar permanent personalitatea lor. Ne vom opri pentru puţin timp în spaţiile ce urmează la prezentarea unor determinante ale sindromului mai rar întîlnit în literatura medicală și pedagogică. Este cazul copiilor unici, cu părinţi care imprimă o educaţie excesiv de dură, în faţa unor acte minore de indisciplină, de nereușită școlară, absenteism, furt izolat sau chiar inatenţie în dialog. Copiii trăiesc atunci o experienţă impresionantă, marcată de o violenţă golită de limite aproape, care reflectă între altele la părinţi, un grad defect de metabolizare a unor tendinţe agresive, cu frecventă apariţie. Remarcăm prezenţa aici a unei educaţii strict cerebralizată, reci, cu afecţiune stinsă, educaţie care nu suportă nici o nereușită, nici o abatere, fenomene care prin prezenţa lor pe ecranul copilăriei, pot fi înscrise ușor între frontierele conduitale ale psihonormalităţii. Într-o flagrantă diferenţă faţă de ceea ce pare să dicteze natura umană normală, a unei afecţiuni polarizate cu întreaga ei încărcătură asupra copilului rămas unic, apare aici reflectarea inversă, nu tendinţa spre o mai densă protecţie, uneori împinsă și ea pînă la hotarul vinovat al protecţionismului excesiv, ci impunerea unui perfecţionism uscat și asbolut, cu solicitări imense și cu reprimare cruntă corporală la cea mai neînsemnată încălcare a planului însetat al aspiraţiilor parentale, spre înalturi. Nu se ţine seama nici de decalajul deseori sensibil, între solicitări și potenţial de realizare. Cele 5 cazuri remarcate de noi în ultimii ani, au ca părinţi, trei dintre ei muncitori cu înaltă calificare (?), un militar și în sfîrșit unul surprinzător, chiar un... pedagog !

Părinţii, repetăm, nu vor recunoaşte faptele lor, invocînd situaţii străine de realitate, chiar atunci cînd urmele loviturilor grele descoperite devin limpede acuzatoare. Copilul, se afirmă, a fost lovit atunci de un coleg, sau chiar de învăţător, a suferit un accident, o cădere de la înălţime, a fost muşcat de cîine, sau s-a autoagresionat (!). O gestică insolită a părinţilor, verbalizarea redusă sau din contra bogat incriminativă faţă de copil, anumite modulaţii de exprimare, pot dezvălui însă faptele. Iar cît priveşte copilul, puternic inhibat, apatic, fără apetenţa vitală caracteristică vîrstei, sau cu anxietate puternic întipărită pe figură, cu neliniște şi teamă în faţa oricărui adult, sau cu surîs nefiresc îndreptat tuturor din aceleaşi motive, va ilustra odiseea nenorocită a unei existenţe, mereu parcă îndreptată spre culoarea roşie, ameninţătoare a semaforului.

Un alt aspect etiologic, puţin ilustrat de autori, ni se pare şi acel al unor copii unici, a căror părinţi, aparent echilibraţi, au un trecut al lor personal, încărcat cu multe şi grele privaţiuni. Atitudinea lor se reduce la o motivaţie la nivel psihologic. Suferinţele suportate de ei cîndva, au determinat în sistemul lor raţional, fixarea unei poziţii sui generis faţă de copilul lor. În locul unei afecţiuni calde, naturale, apare ideea tiranică, dominatoare, a unei exigenţe „excesive“ cu manifestări punitive grave, de o mare asprime înaintea primului gest „aberant“ după ei, totul urmînd a cruţa copilul de eventuale noi greşeli, cu aport de suferinţe în viitor. O excitaţie stagnantă paradoxală, cu substrat psihologic singular, care tulbură viziunea clară şi împiedică drumul spre gestul educativ parental cald, umanitar. Un eşafodaj logic şi afectiv neobişnuit, cu intervenţionism dur, rezultat dintr-un conflict surd intrapsihic mereu alimentat de aceeaşi atomi motivaţionali plecaţi din trecutul lor greu consumat, care conduce la elaborări negative atitudinale. În faţa unor reacţii de protest, copiii sînt uneori internaţi în staţionarele de psihiatrie şi e necesar un simţ fin de discernămînt, în a intui „adevărul“ în labirintul situaţiilor „mascate“ pe care-l expun familiile. Se impune tact şi suplețe, dar uneori şi autoritate atît în „dezgroparea“ realităţii, dar mai ales în munca plină de asperităţi care va urma, aceea de educare susţinută şi etapizată de astădată a părinţilor. Spitalizarea copiilor realizează o pansare a rănilor care la copiii mai mari, se cicatrizează mai greu. După o perioadă de expectativă, temporal diferenţiată, ei oferă o integrare corectă în colectiv, afişînd uneori dorinţa, neexprimată întotdeauna direct, dar percepută uşor, aceea de a prelungi şederea lor în unitate, în genul unui autentic hospitalism invers. Cît priveşte părinţii, după o internare de durată a copilului, la unii din ei, asistăm la o trezire a afecţiunii pînă atunci amorţită. Încep frămîntările, vizitarea mai deasă a bolnavului după care urmează solicitări de externare care reflectă pe undeva regrete tîrzii, dar şi un început de drum bun, o încălzire psihologică necesară, care va permite medicului, echipei sale de ajutor psihological, evitarea recidivelor nefaste, mai mult, accesibilitate spre calea lungă de aşezare a unei educaţii curative familiale sănătoase.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Kempe CH., Silverman P.N., Steele B.F., Droegemueller W., Silver H.K.: J.A.M.A. 1962, nr. 181, pp. 17—24.
2. Laury G.V.: Méd. et Hyg., 1970, nr. 907, p. 342.
3. Strauss P., Wolf A.: Psychiat. Enf., 1969, nr. 12/2, pp. 577—628.

SOME NOTES ON THE PROBLEM OF MAL-TREATED CHILD (TARDIEU-SILVERMAN SYNDROME)

Summary

The author insists on the marked interest everywhere in this syndrome, especially during the last decades when we witness a real avalance of thematic papers written by notorious research-workes. After reviewing in the literature the large number of cases depicted until now on the earth it is briefly analysed the aberrant psychologic condition which led to brutalizing children in two less revealing situations. In the final section there are offered possibilities of recognizing this syndrome beyond the presence of certain symptoms of somatic order by means of the follow-up of psychic behaviour often *sui generis* of the parents beside that of the children admitted with a false diagnosis, „masked" like disorders of behaviour with self-aggression etc. within services of juvenile neuro-psychiatry.

MODALITĂȚI DE RECUPERARE ȘI INTEGRARE SOCIO-FAMILIALĂ A COPILULUI EPILEPTIC

Blanche Semianu, Th. Stamatin, Claudia Bourceanu, C. Romanescu

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

BOALA EPILEPTICĂ, CU TOATE FORMELE EI DE MANIFESTARE, a creat în marea masă a populației o opinie peiorativă. Caracterul oarecum misterios al bolii, așa cum reiese din legendele mistice, transmise din generațiile trecute, supoziția că este „o maladie incurabilă ce ar putea duce la nebunie", toate acestea au adus prejudicii bolnavului epileptic și în special copilului epileptic, determinînd închiderea în sine, diminuarea sociabilității, o distimie reactivă cu ecou prelung (3).

În fața acestei afecțiuni cu implicații sociale profunde, implicații ce par să ridice probleme deopotrivă de importante cu cele create de însăși manifestarea clinică a bolii, medicii, psihiatrii îndeosebi, au imaginat, aplicat și sînt mereu în căutarea unor noi modalități de recuperare, animați de dorința de a crea copilului epileptic un statut social favorabil. În ceea ce privește boala epileptică, problemele de diagnostic, profilaxie și sfat genetic, cît și tratamentul medicamentos, sînt indisolubil legate de prognosticul social și recuperarea bolnavului epileptic (2). Așa cum terapia medicamentoasă, cu toate caracteristicile sale, reprezintă o primă etapă în abordarea acestei afecțiuni, prognosticul social prefațează a doua etapă din asistența de reabilitare a epilepticilor, care cuprinde întreg procesul de integrare socio-profesională, cu dobîndirea și păstrarea autonomiei individuale (3). Există o stînsă relație între noțiunile recuperare medicală—invaliditate : proporția de 40% (din calculele făcute de Siegfried în 1972) reprezentînd suma dintre eficiența parțială a tratamentului medicamentos (25%) și ineficiența terapiei medicamentoase, (15%), concordă cu proporția de 29,2%, ceea ce reprezintă dificultățile școlare, cît și sociale, din care, după datele statistice oferite de Juul Jensen : — 18,9% din epileptici urmează școli de retardați ; — 10,3% din epileptici sînt complet needucabili (1).

În clinica N.P.I. „Socola" Iași, s-a încercat aplicarea diverselor principii de recuperare medico-socială a unui număr relativ mare de copii ce au fost aduși spre internare în cursul ultimilor trei ani pentru prezența de manifestări paroxistice comițiale. Nu s-a putut urmări evoluția tuturor acestora, căci mulți dintre ei nu au păstrat, din diverse motive,

legătura cu clinica. Ne-am oprit asupra unui lot de 30 copii de diferite vîrste, diagnosticați cu forme variate de epilepsie, a căror evoluție a putut fi urmărită cu ocazia internărilor, controalelor periodice și anchetelor sociale efectuate.

La 14 dintre aceștia, comițialitatea se însoțea de întîrziere în dezvoltarea neuro-psihică, cît și de deficite motorii uni- sau bilaterale, realizînd cadrul larg al unor encefalopatii infantile de etiologi pre, peri sau postnatale. În antecedentele a 12 copii din lotul de studiu, se cita existența de traumatisme cranio-cerebrale urmate imediat de tulburarea stării de conștiință de diverse grade, iar după un interval liber prezență de crize comițiale. În celelalte cazuri apariția manifestărilor comițiale n-a putut fi legată de existența unor evenimente deosebite în viața copiilor respectivi.

În toate aceste cazuri am apelat inițial la terapia medicamentoasă anticomițială, diferențiată în funcție de :

1. severitatea epilepsiei ; (respectiv frecvența crizelor) ;
2. tipul clinic de epilepsie (în lotul nostru 50% din cazuri prezentau crize G.M., 30% crize morfeice, 10% absența p.m., iar 10% crize polimorfe) ;
3. starea mentală ;
4. condițiile psiho-sociale.

După ce am obținut suprimarea manifestărilor comițiale, ceea ce s-a realizat într-o proporție de 60%, la restul constatîndu-se doar o diminuare a frecvenței crizelor, am încercat ulterior realizarea unei integrări socio-profesionale adecvate. Acest din urmă obiectiv a impus depășirea unor atitudini nefavorabile, cum ar fi :

— mentalitatea de exagerată menajare a copilului epileptic în familie, iar în societate un climat de izolare, de respingere ; ambele de n-ar fi fost evitate ar fi putut determina întîrziere în maturizarea psihică, lipsă de responsabilitate, neîncredere în capacitatea personală, inferioritate competitivă și, firesc, inactivitate profesională, fie prin cruțare, fie prin refuz social.

Așadar, îndepărtînd aceste aspecte negative am ajuns să orientăm copiii din lotul nostru astfel :

— pe cei la care crizele comițiale se însoțeaŭ de întîrziere în dezvoltarea psihică, spre școli speciale, cămin-școală și cămin-spital, în funcție de valoarea Q.I. ;

— pe cei cu intelectul în limite normale, spre școala de masă urmărind ulterior ca aceștia să se califice în cea mai potrivită profesie, în raport cu frecvența și caracterul crizelor convulsive, particularitățile suferinței și răsunetul acesteia asupra parametrilor psiho-fizici, comportamentului interaccesual, aspirațiile copilului și ale familiei, posibilitățile de calificare în momentul respectiv, cît și în funcție de nevoile economice în perspectivă (3).

Concluzii. Întocmai ca și terapia medicamentoasă, recuperarea socială reprezintă o etapă deosebit de importantă în viața bolnavului epileptic.

Integrarea socială și rezultanta sa finală încadrarea în muncă, sînt noțiuni ce se află într-o strînsă interdependență.

Astfel că, încadrarea în muncă implică deopotrivă : modalitate de rezolvare profesională și soluție de recuperare socială. Procesul, de încadrare în muncă este complex realizîndu-se în trei stadii esențiale :

1 — pregătirea unor preliminarii recuperatorii ;

2 — rezolvarea obiectivelor socio-profesionale prin intermediul unei comisii multidisciplinare ;

3 — orientare sau reorientare profesională în funcție de vîrsta de debut a epilepsiei (4, 5).

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Angheluță V., Nica-Udangiu St., Nica-Udangiu Lidia : *Psihiatrie epidemiologică*. Edit. Medicală, București, 1983.
2. Gorgos C., Romila A., Micloș I., Păunescu A., Peter V. : Eficiență și dificultăți în dispensarizarea bolnavilor psihici ; lucrare prezentată la simpozionul cu tema : Probleme de expertiză în recuperarea bolnavului psihic — București, 1983.
3. Popoviciu L. : *Epilepsiile*. Edit. Dacia, Cluj-Napoca, 1976.
4. Volanschi A., Pintilie C. : Rev. de Neurol., Psihiat. și Neurochir., 1978, nr. 16, pp. 259—269.
5. Volanschi A. : *Epilepsiile*, Edit. Dacia, Cluj-Napoca, 1980.

MEANS OF SOCIAL AND FAMILIAR RECUPERATION AND INTEGRATION OF THE EPILEPTIC CHILD

Summary

The authors followed up a sample of 30 children of various ages diagnosed with different forms of epilepsy, analysing besides the most efficient therapeutic methods the most proper means of socio-familiar and school re-insertion.

The authors conclude showing the importance of the conditions of familiar micro-environment and of those of social macroenvironment in the recuperation of the epileptic child.

PARTICULARITĂȚI ALE DEBUTULUI MANIFESTĂRILOR DISCORDANTE LA TINERI

C. Chelemen, V. Armașu

Spitalul Militar — Iași

I. CONFORM PRINCIPIULUI FUNDAMENTAL PROFILACTIC AL medicinii actuale, în practica noastră, am urmărit — anual — din 1970 pînă în prezent dinamica morbidității neuropsihice (așa cum reiese din datele noastre de evidență primară) cu scopul adoptării permanente a unei strategii psiho-profilactice corespunzătoare în colectivitățile pe care le deservim. Din datele noastre rezultă :

— în perioada 1970—1984, numărul bolnavilor internați în secția noastră a crescut de cca. 4 ori (și datorită adresabilității curente) ;

— în structura acestei morbidități, am constatat o creștere pînă la 50% a cazurilor cu simptomatologie nevrotică, restul fiind urmat, în ordinea incidenței, de : decompensările structurilor dizarmonice, manifestările paroxistice cerebrale comițiale și necomițiale, cazuistica cu fenomenologie psihopatologică atipică, discordanță (aceasta, apărută aproape exclusiv la adolescenți și tineri), etc.

Din motive psiho-profilactice și pentru că surprinderea schizofreniei în o fază inițială ca și delimitarea ei — la debut și a psihosindroamelor discordante în nevroze și psihopatii, constituie o preocupare a psihiatriei actuale (și un deziderat al expertizei medico-militare) prin prevalența la populația tînără și dificultățile de încadrare nozologică ca urmare a polimorfismului tulburărilor psihice (mai ales la debut) la „vîrsta critică“ a adolescenței, ne-am propus a contribui la depășirea acestor dificultăți prin lucrarea de față.

II. *Material clinic studiat.* Am studiat comparativ, la un interval de 10 ani, bolnavii cu simptomatologie discordantă, internați în secția noastră în anii 1973—74 și 1983—84 :

Diagnosticul acestor bolnavi ca debut atipic, discordant sau schizofrenic, a fost probat clinic, paraclinic și evolutiv prin internări în secția noastră și clinica de psihiatrie Iași, pe baza acelorași criterii nozologice admise de maturitatea autorilor (C.I.B. — revizia IX) ; din lot au fost excluși subiecții cu simptomatologie de tip lezional.

Am constatat o creștere a incidenței acestor manifestări de peste 2 ori, în acest interval de timp ceea ce susține un determinism exogen polimorf potențat

de particularitățile de vîrstă ale terenului — fragilizat prin factori interni și externi (2).

Am analizat lotul de 55 de bolnavi, cu simptomatologia discordantă sau schizofrenică, la debut, internați în secția noastră : vîrsta pacienților — cuprinsă între 19—23 ani, aproape toți de sex masculin.

Am urmărit :

— stabilirea în timp a debutului real ;
— modalitatea debutului ;
— aspectul clinic al debutului ;
— circumstanțe identificate în determinarea debutului ;
— observații asupra evoluției.

III. *Rezultate și discuții :*

— în încercarea de stabilire — în timp a debutului real al bolii, ca și alți autori (4) am întîmpinat dificultăți — la unii din bolnavii studiați căci — anamnestic au decelat unele particularități, originalități (pînă la bizar) în conduita acestora în perioada anterioară debutului și care au rămas ignorate în familiile acestora, dar care — în colectivitate omogenă și mai puțin tolerantă, au devenit relevante.

— ca modalități ale debutului (tab. 1) :

TABELUL 1

Nr. cazuri	Mod de debut	
	Acut și subacut	Insidios
55	11	44

— cea mai frecvent întîlnită (ca și în alte studii : 1, 2, 4) a fost cea insidioasă, atipică, ceea ce a influențat negativ încadrarea nozografică, intervenția terapeutică, evoluția clinică și prognosticul imediat ;

În cca. 30% din cazuri, am decelat o personalitate premorbidă de tip schizotipal ce a favorizat o evoluție insidioasă, trenantă.

— doar în cca. 1/5 din cazuri, debutul a fost acut sau subacut cu simptomatologie de intensitate psihotică și tablou discordant ceea ce facilitează diagnosticul precoce și intervenția terapeutică ;

— în aspectul clinic al debutului (tabel II) insidios, au precumpănit manifestările pseudonevrotice (cu nuanțe ce au impus mențiunea „cu elemente atipice“ la diagnostic : simptomatologie obsesivă, dismorfofobică sau histeriformă, apărute relativ recent în condiții existențiale și de mediu schimbate, cu exigență sporită), urmate de cele pseudopsihopatice (cu aspecte de atipie : conduită introvertită, aplatizată timic cu acte heteroagresive incomprehensibile) și „depresii atipice“.

În cazurile cu debut acut și subacut tabloul clinic — prin simptomatologia princeps — ne-a permis încadrarea în formele clasice :

TABELUL 2

Nr. cazuri	Aspect clinic al debutului							
	insidios = 44				acut și subacut = 11			
	Pseudo-nevrot.	Pseudo-psihopat	Depresii atipice	Inhibat	Cata-tonic	Para-noid	Hebe-fren	Schizo-afectiv
55	23	12	8	1	4	4	2	1

Creșterea — în timp a incidenței manifestărilor discordante, în cazuistica noastră ca și evidențierea debutului endo-reactiv sau chiar reactiv, pledează pentru o etiologie exogenă polimorfă (2). Astfel am căutat să identificăm *circumstanțele* cu rol psihopatogenetic, potențate de psihoplasticitatea *terenului* fragilizat (prin factori endo-exogeni particulari acestei „vîrste critice") cu intenție psihoprofilactică. Cele mai importante, din aceste circumstanțe, au fost identificate și în alte studii (2) : eșecul școlar, disfuncțiile familiei, stări emoționale negative survenite în context existențial — mai ales dacă e schimbat și impus etc. ce pot antrena o imagine depreciativă despre sine și duce la „reducerea schimburilor cu lumea înconjurătoare" (Costiner E. — 1972 — citat de 2).

Terenul fragilizat — prin factori interni (dinamica interrelațiilor somato-psihice la „vîrsta critică") și externi (tranziența crescută cu o mai mică stabilitate a relațiilor emoționale cu adulții ; prelungirea limitei superioare a adolescenței prin creșterea duratei de formare profesională, cu întîrzierea intrării în viața productivă de adult, tranziția critică de la dependența de adulți la independența existențială etc.) poate antrena eșecuri adaptativ-integrative și poate predispune la apariția unor stări reactive sau debutul unor psihoze.

— În evoluția clinică ulterioară, unele „Sindroame discordante" nu s-au confirmat, pe baza criteriilor enumerate (2), ca schizofrenii certe.

IV. *Concluzii.* Modalitatea de debut cea mai frecvent întîlnită la manifestările discordante din lotul studiat, a fost cea insidioasă cu aspect clinic pseudonevrotic, pseudopsihopatic, depresii atipice etc..

2. Manifestările discordante, în contextul unui polimorfism a tulburărilor psihice întîlnite la tinerii din lotul studiat, au marcat, mai ales la debut, un grad de nespecificitate nozologică.

3. În practică, pentru facilitarea diagnosticului clinic la debutul acestor manifestări și instituirea măsurilor terapeutice și psihoprotective — inclusiv expertiza medico-militară, se impune și obligativitatea fișării tuturor tinerilor ce fac obiectul asistenței psihiatrice în teritoriu.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Brânzei P., Sîrbu A. : *Psihiatrie*, E.D.P., București, 1981.
2. Predescu V. și colab. : Rev. Neurol., psihiat., neurochir., nr. 3/1984.
3. Predescu V. (sub red.) : *Psihiatrie*. Edit. Medicală, București, 1976.
4. Clejan Gh., Neagu S., Gheorghe M. : Rev. Neurol. psihiat., neurochir., nr. 4/1984.
5. Csiky Cs., Grecu Gh., Stanciu E. : Rev. Neurol., psihiat., neurochir., nr. 2/1976.
6. Chelemen C., Păruș N., Gottlieb H. : Măsuri profilactice U.S.S.M. — Iași, secția Medicină și Farmacie Militară, 1982.

PECULIARITIES OF THE DEBUT OF DISCORDANT MANIFESTATIONS IN YOUNG PEOPLE

Summary

Responding to a desideratum of psychiatric medico-millitary expertise the authors give the results of an ecologoepidemiologic survey on the incidence and clinical manifestations of the debut of schizophreny in adolescence and young age.

Since the severe pathology of adolescents have — due to its polimorphism — difficulties of nosologic enframing at its debut the author propose the enlisting of all young people who are subjects of psychiatric are in the territory as a contribution for a correct estimation of their ability for millitary esrvice.

PARTICULARITĂŢI ÎN REINSERŢIA SOCIO-FAMILIALĂ ŞI ŞCOLARĂ A ADOLESCENTULUI PSIHOTIC

Th. Stamatin, Claudia Bourceanu, Blanche Semianu
Georgeta Oprişan, Maria Cuţu, C. Romanescu

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iaşi

ESTE BINE CUNOSCUTĂ PROBLEMATICA PUBERTĂŢII ŞI A ADOlescenţei cu multiplele sale probleme în inserţia familială şi şcolară, precum şi în relaţiile sociale care devin la această vîrstă mai complexe şi mai diversificate. Dacă în acest context intervine o stare psihotică este de la sine înţeles că vor apare dificultăţi în mod firesc. În rezolvarea situaţiei polidilematice (2) va trebui să concure pe lîngă medicul psihiatru şi alţi specialişti (psiholog, pedagog, profesori etc.) (3) constituiţi într-o echipă funcţională. În cadrul acestei echipe rolul preponderent şi hotărîtor îl are medicul psihiatru 1, 3), care este chemat să asiste, să trateze şi să decidă cele mai adecvate conduite în vederea recuperării cît mai complete posibil. (1, 2, 3).

Referindu-ne la observaţiile noastre pe un lot de 75 puberi şi adolescenţi cu episoade psihotice de tip maniacal sau melancolic putem spune că atît observaţiile cît şi terapia s-au efectuat complex, în echipă interdisciplinară formată din medic, educator, asistente medicale, infirmiere precum şi de cadre didactice după reluarea procesului de învăţămînt.

La toate aceste nivele s-au efectuat observaţii asupra comportamentului, evoluţiei şi activităţii. Din centralizarea observaţiilor pe perioada spitalizării şi după externare s-au desprins mai multe particularităţi atît în readaptarea şi reinserţia şcolară şi în familie, precum şi asupra rezultatelor la învăţătură. Lotul a fost constituit din 35 fete şi 40 băieţi. Pe grupe de vîrstă situaţia se prezintă astfel : între 14—16 ani — 15 fete — 12 băieţi, între 16—18 ani — 20 fete — 28 băieţi.

Din aaceastă primă observaţie se constată că incidenţa episoadelor psihotice mai frecvente de aspect melancolic sau maniacal se înregistrează la terminarea adolescenţei şi începerea primei perioade a tinereţii.

Analizate global cazurile studiate au dus la evidenţierea următoarelor aspecte :

1. După externare la dorinţa aparţinătorilor (părinţi, tutori) s-au reluat cursurile şcolare la interval foarte scurt la 3—4 zile de la externare, la un lot de 15 subiecţi (5 fete — 10 băieţi). În cadrul acestui lot s-a constatat că bolnavii se simţeau străini faţă de colectivul din care plecaseră, refuzau să mai meargă la şcoală de bună voie şi la intervale diferite între 10 zile şi 1 1/2 luni. Pacienţii au revenit în clinică pentru continuarea tratamentului.

2. Bolnavii remişi în clinică (10 fete, 15 băieţi) care au avut o perioadă de consolidare a tratamentului ambulator de două săptămîni, au putut reîncepe cursurile în condiţii satisfăcătoare după eforturi susţinute, atît din partea elevilor cît şi a profesorilor care au prestat pregătire suplimentară pentru completarea

cunoștințelor la acești pacienți. În timpul perioadei de urmărire de doi ani, pacienții nu au mai revenit în clinică, controalele periodice efectuîndu-se prin cabinetele medicale din cadrul L.S.M. În relațiile familiale la acest lot de bolnavi se observă mai multe etape :

a) Etapa de supraprotejare a pacientului de către părinți și cu intervenții din partea acestora la corpul didactic pentru înțelegere și ajutorare a pacientului.

Perioada aceasta de supraprotejare a durat între 1 — 1 1/2 luni pînă ce părinții și profesorii au considerat că pacientul a ajuns la nivelul celorlalți colegi. După această perioadă părinții au avut o atitudine adecvată, iar pacienții prezentau momente de instabilitate și inconstanță la învățătură. În aceste situații se constată atitudini alertante cu solicitarea asistenței medicale. Continuarea tratamentului ambulator cu roborante, sedative, a putut rezolva din mers aceste dificultății.

b) Situații în care adolescentul nu a beneficiat de un climat afectiv corespunzător, în familie fiind disensiuni cu certuri frecvente (situație la 2 bolnavi ai căror părinți erau în divorț).

3) Un lot de 20 pacienți (8 fete, 12 băieți), s-au observat :

a) perioada de spitalizare a fost de 2—2½ luni.

b) reinserția în școală s-a efectuat cu mari dificultăți din cauza multiplelor carențe în nivelul de cunoștințe solicitat.

În această situație s-a recurs la preparații suplimentare, suprasolicitare cu externarea unor pacienți care au necesitat reinternare cu prelungirea stării psihotice ceea ce a dus în ultimă instanță la pierderea anului școlar (1 băiat, 3 fete).

4) Un lot de 15 subiecți (10 fete, 5 băieți) au fost externați prematur, nefiind consolidat și refăcut din punct de vedere afectiv. Externarea lor a fost efectuată la solicitarea insistentă a familiei considerînd că pot merge la școală.

După externare pacienții au fost forțați de către părinți să meargă la școală chiar de a doua zi.

La această grupă observăm următoarele manifestări :

a) 3 băieți și 5 fete au prezentat tentative de sinucidere prin ingestie de medicamente sau prin defenestrare de la etaj. După tratamentul de urgență pacienții au avut mai multe internări în clinică, ducînd la pierderea anului școlar.

În perioadele de după externare în mediul familial pacienții erau nemulțumiți, aveau conflicte cu frații, prezentau reacții de insubordonare față de părinți. Aceste manifestări determinau reinternarea ;

b) 2 băieți și 5 fete din lotul externat la solicitatea părinților au fost menținuți în școală, cu tratamente ambulatorii susținute, au putut termina anul școlar cu bine.

În mediul familial s-a constatat un microclimat afectiv corespunzător cu înțelegerea diferitelor situații ale adolescentului, ceea ce a dus la încrederea acestuia și cooperarea cu părinții în condiții optime.

Concluzii. Din lotul studiat se desprind cîteva concluzii firești pentru medic și anturaj privind conduite față de adolescentul psihotic în timpul puseului acut, precum și în perioada de consolidare și dispensarizare a pacientului.

1. Tratamentul episodului psihotic trebuie efectuat prompt și competent, obligatoriu în clinică.

2. Externarea pacientului psihotic trebuie efectuată numai la aprecierea medicului și nu la presiunile familiei.

3. Supravegherea tratamentului ambulator după externare trebuie urmărită activ prin L.S.M. precum și activitatea subiectului în școală și în familie.

4. La primele semne de decompensare este necesar a fi prezentat la medic pentru corectarea din mers a simptomatologiei apărute.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Geillard I. M., Eisenring J. J., Andréoli A.: Confruntations psychiatriques nr. 14 — 1976. Psychopatologie des troubles thymiques. La Psychose maniaco-dépressive. Ed. et administration SPECIA A.S.A., pp. 19—20.
2. Pamfil E. și Ogodescu : *Psihozele*. Edit. Facla, Timișoara, 1979.
3. Predescu V. : *Psihiatrie*. Edit. Medicală, București, 1976.

PECULIARITIES IN SOCIO-FAMILIAR AND SCHOOL RE-INSERTION OF PSYCHOTIC ADOLESCENT

Summary

The authors followed a group of 75 psychotic adolescents and found certain difficulties generated by the psychotic state of the pacient. It was also found the effect of the micro-environment of the family as a beneficient and malefic action in the course of consolidation after hospital release.

The authors conclude about some medical attitudes in treating the pubers and adolescent with psychoses in view of their re-adaptation and socio-familiar re-insertion.

PSIHOZELE MARGINALE LA ADOLESCENȚĂ

N. Enache

Spitalul de Neurologie Săpoca — Buzău

ÎN ABORDAREA PROBLEMATICII STĂRILOR MARGINALE („BORderline", „etats limites") se desprind două importante modalități de a defini această noțiune :

1. Starea marginală ca o formă de organizare patologică a personalității (D.S.M. III, Grinker, Chessik, Grunderson) ;

2. Noțiunea de „borderline" este legată de conceptul nozologic de psihoză schizofrenă (schizofrenie borderline, schizofrenii atipice : pseudonevrotică, pseudopsihopatică, latentă, prepsihotică), punct de vedere acceptat de O.M.S. (I.C.D. — 9).

Noțiunea a devenit din ce în ce mai folosită fără a putea preciza dacă e un nou mod de a clasa bolile, de o mai bună cunoaștere a semiologiei psihiatrice sau de un număr crescut de bolnavi prezentînd un anumit tip de psihopatologie.

E posibil ca cele 3 explicații să conțină fiecare o parte de adevăr.

Pfeiffer E. (1975) găsește ca fiind caracteristice subiecților cu borderline — lipsa unei identități proprii constante, o sărăcie afectivă dominată de anxietate și furie, predispoziție la perioade de singurătate depresivă.

Intolerant la frustrații, cu o insuficientă angajare în relațiile interumane, cu o gamă redusă a afectivității, foarte vulnerabil psihologic, subiectul borderline reacționează adesea într-o manieră incomprehensibilă sugerînd procesul schizofren.

Stările marginale (borderline) apar ca fiind, cel mai adesea, nevrotice în aparență și psihotice prin numeroase aspecte ale funcțiilor psihice.

Nici un simptom nu este patognomonic, existînd însă un set simptomatologic care orientează diagnosticul.

Simptomatologia nevrotică este dominată de anxietate accentuată, fobii multiple, idei obsedante acceptate fără împotrivire, manifestări hipocondriace însoțite de idei de persecuție.

Alături de acestea tulburările personalității de tip psihotic constituie argumentul principal în definirea stării de borderline. Sînt prezente o serie de trăsături generale care indică unele aspecte observabile la psihoticii schizofreni (lipsa de toleranță la anxietate, reîntoarcerea la procese primare de gîndire fantasmatic-halucinatorii, organizare haotică a vieții afective).

La o analiză aprofundată se găsesc mecanisme asemănătoare celor din schizofrenie : clivajul (subiectul acceptă coexistența tendințelor incompatibile), proiecția asupra altuia (persecutor) a urii pe care subiectul o poartă în el, refuzul activ de luare la cunoștință a aspectelor reale (exterioare sau interioare).

Pentru practician conceptul de psihoză marginală apare în situațiile în care fenomenologia psihopatologică sugerează eventualitatea (posibilitatea) unei stări psihotice de tip schizofren, neexistînd însă suficiente argumente pentru a putea afirma procesul schizofren.

La adolescență situația este subtilă și greu de definit, știut fiind că însăși adolescența este un stadiu de viață prin esență marginal (perioadă critică), este o vîrstă în care psihismul își evidențiază mai mult ca oricînd conflictele constituționale, încît unii psihologi și psihiatri vorbesc despre o „patologie normală“ la această vîrstă.

S. Freud descrie fenomenologia vieții adolescentului ca fiind caracterizată prin : anxietate, profunzimea disperării, creșterea rapidă a entuziasmului, extrema senzație de nefericire, preocupări intelectuale și filozofice, tendință la izolare, sentimentul de agresiune de către părinți, ura direcționată împotriva lumii adulților.

Sigur este că adolescența determină o coloratură particulară asupra fenomenelor și faptelor din psihopatologie.

Considerăm dificil și necesar a fi prudenți în etichetarea nozologică a adolescentului cu simptomatologie de intensitate psihotică, granițele între normalitate, nevroză, psihopatie și psihoza schizofrenă nefiind totdeauna foarte clare și ușor de definit.

Pentru practica noastră am considerat două aspecte (momente) ale diagnosticului de psihoză marginală :

— primul, diagnosticul de etapă, în secțiune transversală, în momentul în care subiectul pacient a fost adus la spital, și, al doilea aspect, menținerea sau reconsiderarea diagnosticului (psihoză marginală, psihoză borderline) prin observație în timp (dispensarizare).

Observațiile au suportat o gamă relativ extinsă de examene complementare psihologice și de un studiu situațional vizînd aspectele sociofamiliale, școlare. Am urmărit concordanța între diagnosticul de etapă (psihoză marginală, borderline) și încadrarea nozologică în timp, după puseul psihotic. Au fost analizați 15 subiecți internați în secția N.P.I. a Spitalului de Neuropsihiatrie Săpoca care, la un moment dat, au comportat diagnosticul de psihoză marginală (borderline).

Analizînd evoluția subiecților cu psihoză marginală, din lotul nostru, am găsit următoarele date :

1. evoluție către normalitate : 3 cazuri (20%) ;
2. debut schizofrenie diagnosticat ca psihoză marginală : 3 cazuri (20%) ;
3. dezvoltare borderline prezentînd un puseu de intensitate psihotică : 7 cazuri (46%) ;
4. un caz de decompensare psihotică la o personalitate dizarmonică demonstrativă ;
5. 1 caz cu psihoză marginală neavînd proba timpului pentru aprecierea evoluției și încadrării nozologice.

Pornind de la aceste date considerăm că diagnosticul de psihoză marginală constituie o noțiune utilă, ca o soluție de etapă, în situațiile în care fenomenologia psihopatologică este de intensitate psihotică, sugerînd procesul schizofren.

Punerea diagnosticului de psihoză schizofrenă, credem că incumbă o mare responsabilitate din partea psihiatrului, acest diagnostic reprezentînd un stigmat medico-social.

De altfel din cazuistica noastră numai un procent de 20% din psihozele marginale au reprezentat debuturi de schizofrenie (procent egal cu acela al evoluţiei spre normalitate), 50% din cazuri evoluînd cu dezvoltări borderline.

Bibliografia la autor.

MARGINAL PSYCHOSES IN ADOLESCENTS

Summary

The diagnosis of marginal psychosis is a useful notion as a solution of a stage in the situations where psychopathological phenomena are of a psychothic intensity suggesting the schizophrenic process.

The diagnosis of schizophrenic psychosis incumbs, we think, a great responsability of the psychiatrist, this diagnosis being a medico-social stigma.

In fact, out of our cases only a percentage of 20% of the marginal psychoses represented debuts in schizophreny (a percentage equal with that of the evolution to normality), 50% of the cases having an evolution as borderline development.

COPILUL HANDICAPAT ŞI COMUNITATEA

C. Barabolschi, Silvia Gherghe, Rodica Cantoriu, Elena Vacaru
Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iaşi

HANDICAPATUL ESTE O PERSOANĂ DEFICIENTĂ FIZIC SAU psihic, urmare a unei leziuni senzoriale sau motorii. Necesitatea depistării precoce a copilului cu handicap neuro-psiho-motor şi senzorial precum şi necesitatea de servicii pentru copii handicapaţi şi instituirea unui program recuperator instituţionalizat şi în familie, într-o societate civilizată izvorăşte din dorinţa de a asigura posibilităţi egale pentru handicapaţi din punct de vedere al drepturilor umane. Ei trebuie să aibă acces la îngrijire, educaţie şi instruire, la muncă plătită, căsătorie şi familie, societate în general. Pentru realizarea unui screening corect echipa trebuie să fie formată din mai mulţi specialişti implicaţi în munca cu copilul şi familia lui. Aceasta include în mod normal medic neuro-psihiatru, medic pediatru, psiholog, instructor de educaţie, asistent social.

Ce măsuri trebuiesc luate cu copilul handicapat ? Vom separa copilul handicapat de familia sa internîndu-l într-o unitate rezidenţială ? Îl vom separa de copiii normali ? Vom lua măsuri diferenţiate în raport cu vîrsta, vom separa băieţii de fete ? În mod normal credem că este bine să înfiinţăm clase speciale anexate şcolilor normale sau şcoli speciale.

Există o limită maximă dincolo de care amplasarea instituţiei nu mai serveşte interesele copilului. Ne întrebăm dacă copiii handicapaţi trebuiesc excluşi permanent din şcolile normale, dacă nu, ce metodă de reintegrare trebuie instituită ?

La noi în ţară în aceste probleme sînt implicate Ministerele Sănătăţii, Muncii şi Învăţămîntului.

Să nu uităm că scopul fundamental este de a lua măsuri diferenţiate pentru handicapaţi, aceştia avînd nevoi speciale şi deci necesitînd măsuri speciale. O problemă extrem de importantă este asigurarea unui personal calificat şi mai numeros decît în unităţile cu copii normali. Pe lîngă şcolarizare, copiilor handicapaţi trebuie să li se asigure şi alte servicii ca : logopedie, psihologie, fizioterapie, îngrijire medicală şi stomatologică.

Este regretabil că noțiunea de handicap nu este cunoscută sau clarificată de către o parte din personalul care lucrează cu aceștia precum și de către societate, în general.

Măsurile care se impun sînt : depistarea cît mai precoce a copiilor cu handicap printr-un screening populațional corect efectuat și aplicarea programelor de recuperare complexă, cu toate că aceasta implică un efort material care în perspectivă este mult mai avantajos privind raportul cost-beneficiu. Chiar înainte de nașterea unui copil se va căuta să se pună un diagnostic prenatal și să se dea părinților sfaturi genetice, să se ofere toate facilitățile terapeutice pentru o evoluție bună a sarcinii în condiții corespunzătoare. Prevenirea primară și secundară a handicapului este incompletă în măsura în care nu există un program activ de educație fizică în privința handicapului și ca atare și o pilitică publică care să încurajeze în mod pozitiv femeile gravide către o îngrijire antenatală. Odată stabilită prezența handicapului unitățile de specialitate vor asigura servicii adecvate care să se preocupe de aceste probleme. Testarea și tratamentul oricărei anomalii sînt esențiale, deasemenea un diagnostic și o abordare precisă pentru orice handicap. Este deosebit de important să se asigure coordonarea diferitelor specialități în diverse programe de îngrijire și tratament. În mod normal aceasta se poate face numai dacă una dintre specialități este privită ca specialitate coordonatoare de bază. Această responsabilitate va fi preluată de un specialist pedoneuro-psihiatru, deși unele țări au încercat să dezvolte o specialitate medicală care să se ocupe numai de handicapați.

Trebuie să subliniem în mod deosebit necesitatea ajutorului psihiatric în special pentru părinți ca și pentru înșiși copiii handicapați. Trebuie să încercăm să înlăturăm povara vinovăției, a anxietății și stressului pe care o au mulți dintre părinții copiilor handicapați. Copilul handicapat trebuie acceptat așa cum este el și nu așa cum părinții, prietenii, societatea l-au visat ; acest copil trebuie să fie iubit prin el însuși și nu în comparație cu alți copii normali. Trebuie să dăm o importanță deosebită celor ce se întîmplă în momentul în care familia află că copilul așteptat cu atîta drag „nu este ca ceilalți". Părinții nu trebuie să plece de la medic descumpăniți, îngroziți, singuri cu durerea lor sau plini de o speranță care nu va fi lipsită de lacrimi.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Fraser W.I., Grieve R. : Communicating with normal and retarded children, Edinburgh, — Bristol John Wright and Sons Ltd., 1981.
2. Pirozynski T., Pirozynski Miarka, Hrimiuc V. : Simpozionul de neuro-psihiatrie infantilă, București, 1980.
3. Robănescu N. : *Readaptarea copilului handicapat fizic*, Edit. Medicală, București, 1976.

HANDICAPPED CHILD AND COMMUNITY

Summary

The present paper approaches some aspects concerning the problems of the handicapped child in the society he belongs to, the new vision regarding his reintegration into community.

We must be the first able to understand the handicapped and to do our best to make society understand him so that the handicapped should not feel a frustrated person.

PSIHODRAMA ÎN CLINICA PEDOPSIHIATRICĂ — UN MODEL EXPERIMENTAL

S. Filipoi

Institutul de Medicină și Farmacie Cluj-Napoca
Clinica de Neuropsihiatrie Infantilă

NECESITATEA DE A RĂSPUNDE CÎT MAI NUANȚAT DIAGNOSticului psihiatric de pe poziții psihologice (1, 2, 3), precum și nevoia lărgirii mijloacelor psihoterapice adecvate vîrstei copilăriei a determinat acest experiment de psihodramă. Am urmărit să găsim o formulare adecvată de joc psihodramatic, adaptînd unele tehnici clasice.

Se cunoaște că factorii terapeutici de bază în psihodramă sînt : 1) efectul de grup — grupul ca autoritate mai difuză permițînd adaptarea la fenomene de dominare/supunere, prietenie/ostilitate, frustrare/satisfacție simbolică, înțelegerea unor conflicte reale din jocul improvizat al unor situații fictive ; 2) catarzisul — trăirile afective jucate eliberează emoții reale ; 3) abreacția efectelor agresive, penibile, anxioase.

Metoda de lucru. Am constituit grupul psihodramatic din : conducător (terapeutul principal), un coterapeut, protagoniști și spectatori (pacienți). Grupul a fost deschis, eterogen ca structură nozologică (9 cazuri de nevroză, 6 cu tulburări de comportament, organizare dizarmonică a personalității, 5 cu debut psihotic, 2 cu afecțiuni neurologice și 8 cazuri internate pentru expertiză medico-legală după furt). Ședințele tri-săptămînale au cuprins doar cîte 8—14 pacienți, din care protagoniști direct vizați în programul terapeutic erau 4—6 copii, între 13—16 ani, cu un CI variind între 85—104. Ședințele s-au desfășurat într-un cabinet liniștit, fără nici o recuzită specială, știut fiind că prea multe elemente în acest sens devin factor de inhibiție.

Structura desfășurată a ședințelor a cuprins următoarele momente : a) *prezentarea participanților* protagoniști și spectatori. Terapeutul principal prezenta apoi ideea de joc cu roluri, spontan, fără scenariu, cu libertatea (aparentă) a fiecărui pacient de a privi sau a intra în joc. b) *Alegerea temei de joc*, inspirată din întîmplări adevărate, vesele sau triste, era un moment de discuție în grup, terapeuții încurajînd sugestiile participanților pînă se realiza unanimitatea în păreri. c) *Repartizarea rolurilor* necesare a fost discret influențată de terapeuți urmărindu-se ca protagoniști să fie în primul rînd pacienții vizați pentru psihoterapie, iar manifestările de refuz a unor roluri, ca expresie a rezistenței, să fie estompate. d) *Jocul dramatic propriu-zis* era o improvizație a protagoniștilor, cu personaje intrate în conflicte a căror rezolvare terapeuții evitau pe cît posibil să o sugereze. S-au aplicat tehnicile moreniene : inversarea rolurilor, rotarea protagoniștilor, tehnica jocului în oglindă, tema inițială de joc extinzîndu-se în subteme. e) *Discuția de apreciere* încheia jocul după 60 minute, cu întreg grupul și uneori și individual, cu anumiți protagoniști.

Observații asupra experimentului. Toate cele cinci momente de desfășurare a ședințelor au avut importanță psihoterapeutică, începînd cu autoprezentarea,

adolescenţii fiind preocupaţi real de propriul lor statut într-un grup şi de dizolvarea ambivalenţelor specifice vîrstei (independentizare/dependenţă, siguranţă/incertitudine, timiditate/autoafirmare). Alegerea temelor de joc, improvizarea acţiunii, a fost iniţial „terenul" de manifestare spontană a pacienţilor cu tulburări de comportament. Contagiunea afectivă generată de joc a ajutat apoi susţinerea imaginii de sine şi la nevrotici, care au cîştigat treptat dar vizibil spontaneitatea, au ajuns să propună teme sau să se identifice cu personaje autoritare.

Tema introductivă la majoritatea şedinţelor a fost brodată pe evenimentul internării, experimentat de toţi pacienţii. Ulterior subiectul-temă „familia are un copil internat" a reapărut de 4 ori ca subtemă a altor pretexte de joc („o zi din viaţa familiei", „pregătirea examenului de treaptă", „o vizită la rude"). Subtemele comice, derivate din cele ale vieţii de familie (exemplu „o vizită la bunici", „sora mai mare are un prieten"), au fost frecvent sugerate pentru că eliminau mult frica implicării personale, îmbogăţeau cu ironii dialogul, stîrneau rumoare la spectatori.

Repartizarea rolurilor a fost un moment adesea dificil de depăşit. Participanţii nu au fost aceiaşi la toate şedinţele. Totuşi, un nucleu de protagonişti „vechi" a fost totdeauna prezent. Noii participanţi deveneau protagonişti prin tehnica de rotare a rolurilor după ce iniţial fuseseră spectatori. Intrarea în joc din proprie iniţiativă a dinamizat participanţii. Tendinţa la acţiune a fost contagioasă. Jocul propriu-zis, deşi scurt ca durată pe unităţi de acţiune a favorizat manifestarea unor comportamente latente, prin deblocarea unor tensiuni, prin „acting-out", „acting-in", atitudini posturale, mimice sau neverbale în general. Totuşi nu putem afirma cu certitudine că liniile de bază ale comportamentului s-au modificat, mai ales la pacienţii cu tulburări de comportament. La aceştia, spontaneitatea a crescut, amplificînd unele valenţe negative de conduită. La copiii psihotici spontaneitatea nu s-a ameliorat deloc.

Discuţia finală a reluat de obicei problemele declanşatoare de anxietate, punînd în contrast alternativele de joc rezultate din rotarea rolurilor şi mecanismele-jalon pentru readaptare.

Coeziunea grupului s-a format în virtutea uşurinţei cu care adolescenţii stabilesc relaţii sociale, chiar şi în clinica psihiatrică. Nucleul de protagonişti cu joc veridic a incitat la replică în ciuda eterogenităţii nozologice a grupului. Implicarea pacienţilor cu debut psihotic a rămas (cu o singură excepţie) bizară, stereotipă, dovedind neînţelegere, incapacitate empatică, dar prezenţa lor în grup a fost tolerată mulţumitor.

Fenomenul rezistenţei la terapie a apărut sub mai multe forme : refuz faţă de grup, temă, joc, rol, tendinţa de a scurt-circuita acţiunea, indiferenţa, disprețul sau manifestările verbale deosebit de agresive, tendinţa de a scinda participanţii (prin joc concomitent pe mai multe planuri), apelul la terapeuţi pentru rezolvarea momentelor critice. Dacă rezistenţa iniţială a grupului la psihodramă a fost un semn de imaturitate, rezistenţa individuală a fost semnul vulnerabilităţii personale în depăşirea conflictelor.

Ameliorarea spontaneităţii în grup a fost un proces lent şi discontinuu, însemnînd anularea rezistenţei. Un singur pacient (cu nevroză obsesivă), nu a reuşit să se identifice cu nici un rol, decît pe secvenţe foarte scurte, jucînd în general inautentic, mai ales în teme ale vieţii conflictuale de familie. A refuzat orice rol de autoritate sau a jucat excesiv de permisiv, cu replici care grăbeau sfîrşitul secvenţei. Perseverenţa cu care a căutat însă participarea la 10 şedinţe a fost un record sugerînd o posibilă ameliorare emoţională.

Rolul terapeuţilor a fost cît mai puţin directiv cu putinţă, pe trei planuri : 1) ca regie : intervenţii în distribuirea rolurilor, sugerarea intrării în joc a unor personaje auxiliare, aplicarea strategiilor dezinhibante ; 2) ca terapie : încălzirea atmosferei, centrarea atenţiei grupului pe episoadele semnificative, pe alternativele de comportament cele mai utile pacienţilor direct vizaţi prin această formă de psihoterapie. 3) ca analiză : urmărirea grupului, compararea comportamentului curent pe secţie cu cel din jocul psihodramatic, evaluarea eficienţei grupului.

Concluziile experimentului. Avantajoasă ca metodă, psihodrama se pretează la variante. Într-un grup de copii, excluzînd orice pretenție privitoare la condiții scenice de joc, participanții s-au integrat fără o pregătire prealabilă, participînd fiecare la cel puțin două din cele 17 ședințe organizate. Acest experiment, scurt față de alte încercări, a cuprins totuși o mare varietate nozologică a participanților, fără să apară probleme deosebite de integrare. Desigur, ponderea psihoterapeutică nu a fost egală pentru toți participanții.

Cu privire la momentele desfășurării ședințelor, cheia de boltă a reușitei oricărei variante de psihodramă rămîne abilitatea terapeuților, stăpînirea tehnicilor și cunoașterea psihologică a protagoniștilor implicați. Fiind o metodă flexibilă, conchidem că practicarea psihodramei în pedopsihiatrie conduce la idei care încurajează în continuare.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Arieti S.: *American Hand-Book of Psychiatry*, Basic Books Inc., 1959, vol. II, pp. 1375—1396.
2. Duché D.-J.: *Psychotherapies de l'enfant*, Edit. Universitaires, Paris, 1967.
3. Moreno J. L.: *Psychoterapie de groupe et psychodrama. Introduction théoretique et clinique à la Socioanalyse*, P.U.F., 1965.

PSYCHODRAMA IN AN INFANT PSYCHIATRIC CLINIC — AN EXPERIMENTAL PROJECT

Summary

We focus on psychodrama an a method of group therapy in an infant psychiatric clinic. The aim of our experimental project is to adjust and perform only some thechniques of the traditional psychodrama. Followink 30 children with different psychiatric disorders, we directed 3 meetings weekly (17 meetings totally). 4—6 protagonists (aged 13—16 years) played family, school or hospital life events in each meeting context, training how to deal with their real problems in interpersonal relations.

RECUPERAREA ÎN FAMILIE A COPILULUI CU ÎNTÎRZIERE ÎN DEZVOLTAREA PSIHO-MOTORIE

Maria Cosmovici, Silvia Gherghe, Rodica Cantoriu

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

MODERNIZAREA FORMELOR DE ASISTENȚĂ SPECIALIZATĂ POliterapeutică necesită o permanentă colaborare cu familiile copiilor handicapați psiho-motor în a căror întreținere se află, fără a fi instituționalizați. Cu atît mai mult, se impune necesitatea unei colaborări armonioase bazate pe principii științifice în funcție de deficitul pe care-l prezintă copilul, dat fiind faptul că orice intervenție exterioară nu poate suplini mediul natural familial. De aceea este necesară informarea, pregătirea și capacitatea cooperantă a familiei pentru a înțelege și participa activ la programele propuse în vederea posibilităților de recuperare progresivă a copiilor. Formele de asistență specializată bazate pe experiența noastră sînt în măsură să realizeze optimizarea motivațional-afectivă a familiei în procedurile recuperative.

Programul de recuperare trebuie să înceapă cît mai devreme posibil deoarece copilul deficient are mai puțină experiență decît copilul normal din cauza limitelor impuse de handicapul său iar părinții nu reușesc să compenseze aceste limite fără asistență. părinții copiilor handicapați nu sînt capabili, fără o îndrumare metodologică și un program științific, să le ofere acestora stimularea adecvată și experiența necesară.

În activitatea noastră de recuperare am utilizat trei modalități de intervenție bazate pe teoria comportamentală a învățării : 1. — programe de recuperare în grup ; 2. — programe indivdiuale de recuperare ; 3. — programe de informare și sfătuirea părinților .

Pentru stabilirea nivelului bazal de învățare am folosit evaluarea cu Ghidul Portage care este un instrument de implicare al părinților direct în educarea copiilor lor prin însușirea de către ei a tehnicilor de învățare, de recompensare, de observare, de înregistrare a comportamentului. Avantajele extinderii recuperării în mediul familial atunci cînd părinții devin implicați direct în schimbarea comportamentului copilului sînt : 1. — învățarea are loc în mediul natural al familiei ; 2. — există accesul direct și constant la comportament atunci cînd acesta se pro-

duce în mod natural; 3. — se asigură menținerea comportamentului dorit dacă acesta s-a învățat în mediul natural de viață.

Deoarece Ghidul Portage poate fi utilizat pentru copiii cu probleme de comportament, afective, deficienți mintali, fizic sau senzorial, eșantionul nostru de referință s-a constituit din 33 subiecți în vîrstă de 2—12 ani (12 fete și 21 băieți), avînd următoarea clasificare nosologică: encefalopatie infantilă —16, sindrom Langdon-Down — 6, autism infantil — 6, I.M.C. — 5, reprezentînd un procent de 24% cu deficiență mintală ușoară, 55% cu deficiență mintală moderată și 21% cu deficiență mintală severă.

Fiecărui copil i s-a alcătuit un program individual avînd la bază evaluarea în cele cinci arii de dezvoltare: autoservire, cognitiv, limbaj, motor și socializare. Pornind de la aceasta, terapeutul a putut descrie următorul comportament pe termen lung din Fișa Inventar Portage adesea subdivizîndu-l în segmente mai mici sau în comportamente țintă pentru o săptămînă sau mai mult, în funcție de severitatea handicapului. Tehnicile de învățare în care am inițiat părinții au fost: să recompenseze imediat răspunsurile corecte ale copilului, să-i ignore comportamentele nedorite, să izoleze copilul pentru comportamentele destructive, să treacă treptat de la consolidarea continuă la cea intermitentă, să alterneze periodic consolidatorii și sarcinile.

Frecventarea grupului de recuperare, în medie de două ori pe săptămînă a fost necesară mai ales atunci cînd familia nu oferea un cadru social afectiv favorabil dezvoltării și stimulării copilului. Frecventînd grupul copilul a avut acces la alți „colegi" de joacă, și-a schimbat mediul de viață, obținînd progrese în domeniul socializării și totodată reducîndu-se dependența de mamă.

Progresele obținute în ariile de dezvoltare: cognitiv, limbaj, motor, autoservire au constituit în principal rezultatul programelor individuale copil-terapeut (medic, psiholog, logoped, kinetoterapeut), programele în grup contribuind la menținerea și consolidarea abilităților însușite individual.

Părinții copiilor handicapați au nevoie de ajutor și orientare din partea echipei de specialiști pentru a extinde și consolida în mediul familial abilitățile însușite, dar și mai important ei au nevoie de experiența, satisfacția și plăcerea de a lucru cu copiii lor, de a-i vedea cum obțin succese.

Considerăm că recuperarea copilului handicapat psiho-motor și cu deficiențe asociate poate fi realizată pe parcursul unui efort îndelungat în care este antrenată familia și echipa terapeutică pentru a se ajunge la o instituționalizare instructiv-educativă adecvată.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Arcan P., Ciumăgeanu D.: *Copilul deficient mintal*, Edit. Facla, Timișoara, 1980.
2. Boyd R., Bluma S.: Portage parent program, Copyright Cooperative Education Service Agency. 12, 1977.
3. Capie A., Taylor P., Perkins E.: Teaching basic behavioural principles, British Institute of Mental Handicap, 1980.
4. Hallas C., Fraser W., Gillivray R.: The Care and training of the Mentally Handicapped, John Wright and Sons Ltd., 1978.

FAMILY RECUPERATION OF THE CHILD RETARTED IN PSYCHOMOTOR DEVELOPMENT

Summary

The recuperation of the psycho-motor handicapped child has a family and social importance that implies special poly-therapeutic care. Due to the diversity of the defficiences, the recuperation program may be achieved at the individual and group levels through the unconditioned means of the family in the existential natural environment.

Our experience attests possibilities of optimization of the recuperatory proceedings when the affective-volitional-cognitive bi-univoque (family-therapist) reflected on the modification of positive behaviour of the child are made use of.

CRITERII DE DIAGNOSTIC ÎN DEPRESIA COPILULUI

I. Benga, C. Guriţă

Institutul de Medicină şi Farmacie Cluj-Napoca
Clinica de Neurologie Infantilă

ÎN ANII DIN URMĂ CUNOŞTINŢELE ACUMULATE ÎN DOMENIUL depresiei adultului au adus noi îndemnuri şi rigori metodologice în cercetarea depresiei copilului şi cu această direcţie nou ivită conceptualizarea depresiei infantile a suferit o revizie substanţială, aceasta ocupînd un loc prioritar în interesul pedopsihiatrilor. (1, 3, 6).

Dacă simptomul depresiv este cunoscut ca foarte frecvent în psihopatologia copilului, boala depresivă continuă să fie negată înaintea vîrstei de 10—11 ani şi acceptată ca foarte rară înaintea maturităţii. Frămîntările existente la ora actuală vin din marile probleme legate de recunoaşterea şi corecta interpretare a simptomului, sindromului şi bolii depresive. Încercări de extrapolare a metodelor de diagnostic al depresiei adultului, au ajuns la concluzia că nu există diferenţe între depresia copilului şi cea a adultului, prin aceasta nerecunoscîndu-se şi negîndu-se deci un capitol vast al acestei suferinţe. (7).

Există în literatura de specialitate o multitudine de încercări de validare a diverselor teste, chestionare şi criterii de diagnostic care încearcă să înglobeze simptomele care acoperă sindromul depresiv pe baza cărora se emit diverse încercări de clasificare. Tehnicile folosite în scopul diagnosticului depresiei copilului sînt cunoscute în literatură cu indicatorii : Weinberg 1973, ICS Kovacs 1976, CDI Kovacs 1977, CDS Ling, SCDI 1979, CDRS Poznanschy 1979, CARS Mc Knew, Cytryn 1979, Carlson şi Cantwell 1980, sau metode care vizează statusul afectiv non verbal Rutter şi Stepherson 1972, Ekman 1980, Miller 1977 pentru aprecierea gradului de severitate a depresiei care se cer extinse şi în patologia copilului (2, 4, 8, 10). Motivaţia acestei lucrări constă în dorinţa de a găsi o concordanţă între diagnosticul empiric şi cel conferit de cele mai moderne metode de diagnostic, pentru a vedea dacă acestea pot constitui instrumente în vederea unificării terminologiei şi a substratului simptomatic în diferite entităţi nozologice. Am dorit să urmărim şi frecvenţa diferitelor simptome în lotul studiat, precum şi notarea eventualelor simptome depistate care ar putea avea semnificaţie pentru diagnosticul depresiei în vîrsta copilăriei.

Material şi metodă. Au fost investigaţi 28 copii internaţi în Clinica de Neuropsihiatrie Infantilă în anii 1983—84 cărora li s-a stabilit diagnosticul de depresie. Copiii aveau vîrsta între 10—17 ani. Diagnosticul s-a stabilit în urma unui examen complex clinic, neurologic, şcolaritate, istoricul familial, social, observaţiile familiei, observaţia personalului din secţie precum şi un minuţios examen psihiatric, suplimentat cu observaţiile zilnice făcute de medici şi personalul din secţie. În urma coroborării acestor date diagnosticul se stabileşte aproximativ în prima

săptămînă de la internare. Diagnosticul de certitudine se pune aproximativ în săptămîna a treia, timp care permite și evaluarea răspunsului la terapia farmacologică. Am aplicat criteriile de diagnostic după : Ling, Weinberg, Spitzer, DSM III, Cytryn și Mc Knew, și CDI. Metoda de lucru a constat într-o analiză comparativă a acestor criterii și aplicarea lor la cazurile luate în studiu. Pentru aproximativ 40% din cazuri pentru eliminarea subiectivității în aprecierea simptomatologiei, criteriile au fost aplicate de două grupuri indenpendente, unul din ele necunoscînd cazurile înaintea aplicării criteriilor.

Rezultate și discuții. Analiza comparativă a celor șase criterii evidențiază următoarele : simptome general acceptate de toate criteriile ; tulburări de apetit, tulburări de somn. — Simptome neacceptate față de DSM III : disforia (CDI), tristețea, autodeprecierea, disperarea, comportament agresiv (Spitzer, Ling), tulburări psihomotorii, vinovăția, dezinteres, lipsa concentrării, preocupări suicidale (Ling). — Simptome în plus față de DSM III : tulburări somatice, fobia de școală (Weinberg, Cytryn), singurătatea (Cytryn). Cu toate diferențele existente în simptomele esențiale Cytryn conchide în 1982 că folosirea DSM III permite diagnosticul de depresie la copil. În urma aplicării acestor criterii, 4 din cazurile noastre cu diagnosticul de depresie au putut fi încadrate în episod depresiv major și 24 în tulburări distimice. Au reieșit însă anumite particularități și anume : 3 din cazurile cu episod depresiv major aveau în locul disforiei hipotimice, tablouri dominate de apatie, indiferență, dezinteres, neutralitate afectivă, neproductivitate afectivă. Aceste cazuri nu întruneau nici criteriile necesare pentru schizo afectiv depresie, dar unul din ele a evoluat spre schizofrenie. Tristețea (64%), lipsa de speranță, nefericirea, nu sînt întotdeauna prezente la copilul depresiv. Unul din cazurile noastre la vîrsta de 10 ani, lipsit de elemente disforice, își concentrează întreaga plăcere în lectură, fără să prezinte alte stimptome afective, fiind însă puternic marcat comportamentul non verbal în sens depresiv. Contrar depresiei adultului (Nissen 1983), la adolescenți se constată rareori idei de nenorocire și culpabilitate, în lotul nostru fiind prezente în 21%. În prezența tulburărilor mentale profunde sîntem de acord cu Strober în a atrage atenția asupra naturii congruente a episodului psihotic cu starea afectivă, fapt care ar putea evita confuzia cu schizofrenia. Anxietatea, simptom frecvent descris în depresie, lipsește în criteriile amintite, DSM III înglobînd-o în simptomele asociate. Așa cum subliniază Rutter, Nissen 1983, anxietatea este un simptom important pentru depresie reprezentînd o emoție prospectivă, un răspuns la o amenințare anticipată. În vîrsta copilăriei unde anxietatea este aproape de anxietatea fiziologică, coafectarea ei este și mai mult influențată și mai puternică, atunci cînd mecanismele de bază ale bolii o implică. Anxietatea cu formele ei multiple, a fost prezentă în 57% din cazuri, în lotul nostru de studiu. Majoritatea autorilor care abordează depresia copilului insistă asupra modificărilor comportamentale atît sub formă de agitație psihomotorie cît și hipokinezie, lipsa spontaneității, retragerea (prezente în 28% din cazuri). Studiul comportamentului non verbal merită o atenție deosebită atît pentru depis-

tarea bolii, al diagnosticului diferențial cît și pentru aprecierea gradului de severitate a bolii. Slaba capacitate de introspecție și verbalizare a trăirilor fac uneori din comportamentul non verbal un simptom de bază în aprecierea depresiei copilului. Tulburările somatice au fost întîlnite în 50% din cazuri. Cu particularitățile semnalate există o concordanță între diagnosticul clinic și cel conferit de aceste tehnici, și o suprapunere a tabloului clinic cu cel al adultului cu marea deosebire pe care o dă capacitatea de trăire și exteriorizare a copilului care este în funcție de vîrsta cronologică și maturizare. (5, 10, 11).

În concluzie, depresia ca boală afectivă există în vîrsta copilăriei, este însă frecvent întîlnită ca simdrom în alte condiții psihiatrice. Polimorfismul clinic în funcție de vîrsta cronologică, maturizare și varietățile individuale ridică serioase probleme de încadrare. Considerăm deci, ca și alți autori (Nissen, Burton), nevoia ameliorării metodelor de diagnostic incluzînd particularitățile oferite de vîrstă și posibilitatea nuanțării gradului de severitate.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Alessi, N. E, Mc Manus, M., Grapentine, L., Brickman, A. : Journal of Afeective Disordes, 1984, nr. 6, pp. 9—17.
2. Akiskal. H. S. : Am J. Psychiatry, 1983, nr. 140, pp. 11—20.
3. Berlin, F. S., Bergey, G. K., Money, J. : Am. J. Psychiatry, 1982, nr. 139, pp. 119.
4. Carlson, G. A., Davenport, Y. B., Jamison, K. : Am. J. Psychiatry, 1977, nr. 134, pp. 919—921.
5. Carlson, G. A. : J. Child Psychol Psychiat, 1980, nr. 21, pp. 19—25.
6. Cytryn, L., Mc Knew, A. H., Bunney, W. E. : Am. J. Psychiat., 1980, nr. 137, pp. 22—24.
7. Kashani. J. H., Mc Gee, R., Clarkson, S. E. : Arch. Gen. Psychiatry, 1983, nr. 40, pp. 1217—1222.
8. Kazdin, A. E., French, N. H., Unis, A. S., Esveldt-Dawson, K., Sherick, R. B. : Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1982, pp. 1—9.
9. Strober, M., Green, J., Carlson, G. : Journal of Affective Disorders, 1981, nr. 3, pp. 281—290.
10. Wan Valkenburg, G., Akiskal, H. S., Puzantian, V., Rosenthal, T. : Journal of Affective Disorders, 1984, nr. 6, pp. 67—82.
11. Rutter, M., Hersov, L. : *Child Psychiatry. Modern Approaches*, Blackwell Scientific Publications, 1977, pp. 444—449.

DIAGNOSTIC CRITERIA IN CHILD DEPRESION

Summary

In recent years it has been renewed interest in the affective disorders in childhood. This paper reviews the most used diagnostic methods in the literature, such an DSM III, Ling, Weinberg, Spitzer, Kovacs, Cytryn and McKnew, CDI, and analyzes the differences between these techniques. An analysis of agreement between the clinical diagnosis established in 28 children and the conferred by these criteria has been made. The frequency of occurence of symptoms that are not described by the criteria and which could have significance for the diagnosis of child depresion is pressented. It is concluded that an important improvement in the diagnostic methods, to take into account particularities related to age and maturation, is necessary.

CÎTEVA ASPECTE CLINICE PRIVIND RECUPERAREA COPILULUI AUTIST

Virginia Marinescu, M. T. Lăudat, Niculina Fîntînă, Blanche Semianu, Lilica Alexoaie-Conachi

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

PATOLOGIA PSIHIATRICĂ ARE NEVOIE DE URMĂRIRE LONGItudinală a dezvoltării personalității, privirea într-o unică secvență transversală nereușind să acopere de cele mai multe ori o realitate clinică. În ultimul timp se vorbește tot mai mult în literatura de specialitate de psihoze infantile fără a se putea renunța însă la termenul de schizofrenie infantilă. Sînt mulți autori care pentru aceeași entitate clinică folosesc în mod alternativ termenul de psihoză infantilă, schizofrenie infantilă, copil atipic, autism infantil (2).

În problematica extrem de vastă și complexă a autismului infantil, dorim să abordăm pe aceea a dinamicii evolutive, a acestui sindrom la diferite etape de vîrstă, viitorul copilului autist, aceasta cu atît mai mult cu cît este foarte dificil de stabilit debutul în timp, iar tabloul clinic nu este întotdeauna caracteristic. Mulți dintre copii sînt văzuți abia la 5—6 ani de psihiatru cu toate că părinții sesizaseră în timp anumite particularități ale copilului.

În studiul nostru se încearcă a se prezenta cîteva observații privind recuperarea copilului autist grav handicapat psihic, așa cum apare în zilele noastre psihiatrilor de primă linie în rețeaua de specialitate a țării și în concordanță cu programul P.N.U.D. (5).

Observația este limitată exclusiv la un aspect particular al recuperării copilului autist, în regim instituționalizat, cu o spitalizare de lungă durată. O asemenea limită a sferei de studiu înseamnă și o limitare implicită asupra problematicii recuperării, cantonarea ei la un aspect de mare importanță dar insuficient pentru a reda amploarea, diversitatea și complexitatea problemelor pe care le ridică activitatea integrală de recuperare.

Observația noastră se referă la un număr de șapte copii cu diagnosticul de autism infantil, diagnostic stabilit în clinica de Neuro-Psihiatrie Infantilă a Spitalului „Socola" Iași, transferați ulterior în secția „Galata" pentru bolnavi psihici cu evoluție îndelungată.

Majoritatea acestor copii alarmează anturajul prin insuficiența lor mintală de tip particular. Se remarcă tot mai rar solitarismul. Copilul autist simte nevoia unui anumit contact cu obiectele. Prezența adultului provoacă excitație psihomotorie, iar frustrarea provoacă angoasă, strigăte, mînie. Fobiile sînt multiple, ste-

riotipiile sînt mai puțin intense dar se pot constitui în manifestări obsesionale și rituale. Tulburările de limbaj rămîn elementul pricipal în aprecierea evoluției bolii. Dacă boala apare după dobîndirea limbajului, copilul îl va păstra dar fără a-l îmbogăți. Limbajul traduce gîndirea psihotică de la jargonul incomprehensibil pînă la un limbaj bine constituit și comprehensibil. Prezența ecolaliei, solilocviei, folosirea neologismelor sînt foarte caracteristice. Activitatea ludică rămîne stereotipă, tendința la colecționarea obiectelor heteroclite, fără valoare, dar bizareria comportamentului și absența reacțiilor afective sînt elementele de bază pentru punerea diagnosticului. De semnalat că la un număr de patru copii, s-a observat prezența crizelor de paroxism neuronal cu scurtă suspendare a conștiinței fără cădere și convlusii.

După un intens program psihopedagogic în scop recuperator, paralel cu terapia medicamentoasă neuroleptică și anticomițială, s-a observat o evoluție favorabilă la un număr de cinci copii, negativă la un copil și staționară la un copil.

Concluzii. 1. Necesitatea de aprofundare a conceptului despre autismul infantil, considerată pînă nu de mult a fi o boală incurabilă.

2. Tratamentul medicamentos, simptomatic cu neuroleptice și anticomițiale la cazurile necesare, ameliorează simptomatologia psihotică.

3. S-a remarcat o ameliorare vizibilă a comportamentului general al copilului autist, ca urmare a terapiei educaționale.

4. Opiniem pentru generalizarea metodelor terapeutice prin educație în secțiile de neuro-psihiatrie infantilă.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. August G I. and au.: Bl. J. Psychiatry, 1981, nr. 138, pp. 416—422, May.
2. Barbara K. Caparullo: J. Am. Acad. Child. Psychiatry, 1981, nr. 20, pp. 338—357, Spring.
3. Cantwell D. P. and au.: Aech Gen. Psychiatry, 1979, nr. 36, pp. 682—692.
4. Deykin J. Eva and au.: Am. J. Psychiatry, 1979, nr. 1306, pp. 1310—1312.
5. Freeman B. J., Rifod E. R., Schroth Ph. C.: Am. J. Psychyatry, 1981, nr. 138, pp. 25—29.
6. Martineau J. and au.: Biol. Psychiatry, 1981, nr. 16, pp. 627—641.
7. De Myer M. K.: Halsed Press (Division of John Wiley) 277 pag.

SOME CLINIC ASPECTS REGARDING THE RECUPERATION OF AUTIST CHILD

Summary

The authors followed up seven children with the diagnosis of juvenile autism showing that the association of medicine treatment with neuroleptics and anti-commitial drugs and educational therapy leads to an obvious improvement of psychotic symptomatology and generally of behaviour of autist child.

The authors insist on the necessity of reconsidering the concept of juvenile autism until recently considered an incurable disease.

STUDIU ASUPRA COPILULUI MICROSECHELAR PRIN PRISMA FACTORILOR TRIDIMENSIONALI BIO-PSIHO-SOCIALI

I. Krizbai, O. Bușoiu, R. Tokay

Spitalul municipal Arad

COPILUL ESTE ÎNZESTRAT DIN MOMENTUL NAȘTERII CU POtențialități caracteristice omului. Potențialitățile prezente în programul genetic se realizează numai în condițiile cînd factorii biologici, psihici și sociali sînt prezenți în mod adecvat. În cazul cînd unul dintre cei trei factori suferă devieri de la normal, influențează negativ dezvoltarea neuropsihică a individului, produce o simptomatologie polimorfă care are la bază un substrat lezional și secundar funcțional. (6, 7, 9).

Importanța leziunilor cerebrale asupra dezvoltării neuropsihice a copilului ce se petrec în jurul nașterii a fost cunoscută încă din secolul trecut și descrisă sub titlul „paralizie cerebrală la copii".

În anii 1948 Bender, Strauss, Bradlei au ajuns la concluzia că leziunile cerebrale ceva mai discrete pot avea efect patogen alterînd îndeosebi capacitatea de adaptare a individului. În aceaastă perioadă s-au efectuat o serie de studii epidemiologice : în 1955 Lempp a găsit leziuni precoce cerebrale la 17,5% din școlarii normali, iar Enke în 1964 la 6.5% din populația școlară generală (1, 4, 5).

În unele cazuri insuficiența argumentelor anatomice în ceea ce privește substratul lezional a dus la utilizarea termenului de „disfuncție cerebrală minimă" (1962 Congresul de psihiatrie inf.). Ca factori etiologici sînt vizați factorii pre, peri și postnatali.

În formele infantile implicarea dezvoltării personalității este pe prim plan și aceasta aproape în mod proporțional cu precocitatea agresiunii. Agresiunile timpurii tulbură întreaga dezvoltare a personalității și intelectuale, foarte devreme vor fi influențate nefavorabil legăturile copilului cu ambianța, prezența unor trăsături personale neplăcute, irîtante cu impulsivitate, dificultăți de adaptare, labilitate afectivă, favorizează declanșarea unor reacții ostile din partea familiei creînd un cerc vicios și duc la constituirea unor conflictualități secundare cu supraadăugarea unor verigi psihogene. Deci, în cele mai multe cazuri manifestările post agresive nu pot fi puse complet pe seama procesului lezional, datele recente au arătat importanța unei personalități premorbide și a reacțiilor secundare față de handicap din partea ambianței și a individului. În general asistăm la o defectualitate fină care în mica copilărie există dar nu este descoperită în majoritatea cazurilor, numai abia la începutul

școlarizării odată cu solicitarea sistematică a funcțiilor respective prin apariția tulburărilor de învățare.

La acești copii întîlnim o simptomatologie polimorfă unde predomină dezechilibrul afectiv temperamental cu aspecte dezadaptative, o imaturitate afectiv-comportamentală, hipersensibilitate față de excitanți, cu slăbirea proceselor de inhibiție, întîrziere în maturizarea funcțiilor motorii și psihice, tulburări perceptuale de sinteză vizio-motorie, practognozice, care duc la tulburări instrumentale de tip dislexic, disgrafic. Sînt foarte frecvente tulburările de limbaj sub aspectul senzorial receptiv și motor expresiv, dispraxiile buco-linguo-faciale. Mai întîlnim debilitate motorie, paraotnii, sincinezii, instabilitate psihomotorie, neîndemînare manuală, tulburări praxice, hiperamnezii, tulburări de atenție, lipsă de perseverare. Sînt foarte frecvente tulburările în sfera afectivității, labilitate afectivă, imaturitate emoțională, anxietate, lipsă de autoapreciere și slabă toleranță față de frustrări. Este discutată și evidența unor simptomatologii somatice care secundează pe cele amintite mai sus cu implicații endocrine legate de sindroame hipotalamo-diencefalice (2, 3, 8).

Nu se poate neglija nici simptomatologia așa zis secundară creată de mediul socio-familial ca factor nevrotizant. După Caplan (1957) orice formă de maturizare deviantă este însoțită de o puternică tendință către anxietate, foarte mulți dintre acești copii sînt aduși la consultație pentru aspecte dezadaptative de tip comportamental sau pentru manifestări de tip nevrotic în aparență banale : enurezis, ticuri etc., leziunea de tip organic se evidențiază pe urmă.

Pornind de la faptul că simptomatologia este mai evidentă la copiii mai mari, am prelucrat un lot de copii de 6 ani care au fost examinați pentru intrare în școala generală în clasa I-a. Din totalul de peste 500 de copii examinați la nivelul cabinetului de neuropsihiatrie infantilă ambulator, am luat un număr de 150 de copii neselecționați. Acești copii au fost îndrumați pentru examen neuropsihic de către dispensarele medicale după o prealabilă selecție, constatîndu-se de către medicul pediatru mici abateri de la normal.

Pentru stabilirea diagnosticului am folosit anamneza, relatările părinților despre comportamentul copilului, examen neuropsihic, examen psihologic, unde a fost cazul examen E.E.G. La acești copii examinați simptomatologia dominantă a fost imaturitatea psihică, tulburări de lateralitate asociate cu tulburări perceptiv-motrice, tulburări practognozice, tulburări de limbaj și ale motricității fine, instabilitate psihomotrie, dezechilibru afectivo-comportamental și aspecte dezadaptative de tip nevrotic.

De remarcat că numai 69 copii au prezentat antecedente patologice (motivul poate fi și necunoașterea antecedentelor de către însoțitor), iar la 81 de copii s-a pus în evidență organicitatea prin factori pre, peri și postnatali, după cum urmează : factori patogeni prenatali — 22 cazuri ; prematuri — 24 cazuri ; dismaturi — 8 cazuri ; greutate peste 4000 gr. — 13 cazuri ; naștere gemelară la 7 luni (unul dintre frați decedat) — 3 cazuri ; factori perinatali — 5 cazuri ; meningoencefalită și traumatisme craniocerebrale în primele 6 luni — 6 cazuri.

Este de remarcat procentul mare de copii care au suferit agresiuni pre, peri și postnatale și care prezintă o simptomatologie neuropsihică ajung să fie depistați abia la vîrsta de 6 ani. Pentru înlăturarea acestui neajuns Serviciul de neuropsihiatrie infantilă face eforturi pentru de-

pistarea copiilor care prezintă un potențial handicap prin diferite agresiuni. Încă din primele luni de viață acești copii sînt examinați și luați în evidență în vederea urmăririi lor periodice. Totodată prin asistența socială se fac depistări active în grădinițele de copii. La acești copii este necesar pe lîngă tratamentul medicamentos de corectare, socioterapie generalizată, folosirea unor metode psihoterapeutice de recuperare și aplicarea unor metode educative și pedagogice diferențiate.

Diagnosticul sindroamelor ce apar în disfuncțiile minime cerebrale la copii prezintă o serie de dificultăți semnificative determinate de următoarele aspecte : lipsa de precocitate a sindroamelor respective, tendință de ștergere a unora odată cu procesul de maturizare, evidențierea lor de abia la vîrsta școlară cînd copilul este supus unor eforturi intelectuale, implicarea aproape întotdeauna a organicului cu funcționalul. Numărul mare de cazuri prelucrat în lucrare atrage atenția asupra faptului că depistarea, diagnosticarea precoce a copiilor microsechelari poate duce la o recuperare considerabilă, la o mai bună adaptare la mediul socio-familial și la înlăturarea reacțiilor psihogene secundare.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Berger E. : Minimale cerebrale dysfunction bei Kidern, H. Hubert verl Bern, 1977.
2. Erdelyi P. : A koragyermekkori exogen psychosindromakrol, orvoskepzes 56—290.
3. Erdelyi P., Ornaine Huba J. : Ideggyogyaszati szemle n. 4, 1984.
4. Juhasz P., Pethö B. : Altalanos psihiatria med. 1983.
5. Kanner : Child psychiatry III, 1962.
6. Kulcsar T. : *Factori psihologici ai reușitei școlare*, E.D.P., București, 1978.
7. Mangold B. : Kinderpsychologie, 1975, nr. 24, p. 232.
8. Păunescu C., Toncescu N., Negru N. : *Nedezvoltarea vorbirii copilului*, E.D.P., București, 1972.
9. Piaget J. : *Nașterea inteligenței la copil*, E.D.P., București, 1973.
10. Predescu V., Oancea C. : Rev. Neurol., Psihiat., Neurochir., nr. 4, 1978.
11. Török J. : Orvosi hetilap 119/691, 1978.

STUDY OF MINIMAL BRAIN DISFUNCTIONS IN CHILDREN IN THE LIGHT OF TRIDIMENSIONAL BIO-PSYCHO-SOCIAL FACTORS

Summary

The present work debates the problem of minimal brain idsfunctions through the light of bio-psycho-social factors. After having medically examined a number of 150 children at the age of 6 it was observed that the diagnosis of the syndromes offers a series of difficulties determined by the following aspects : the lack of precosity of the respective symptoms, a tendency of minor disappearance of them together with maturity they hardly become evident with the school age when the child is subjected to intellectual efforts, almost always implying the organic element with that of the functional one. The tracing and the diagnosing of the minimal brain disfunctions in children in a period of precosity can lead to a considerable recuperation, to a better adaptation to the socio-familial environment, to the removal of the psychogenic secondary reactions.

OBSERVAȚII PRIVIND UNELE ACTIVITĂȚI UTILIZATE ÎN PROCESUL DE RECUPERARE A DEBILULUI MINTAL DIN ȘCOALA AJUTĂTOARE — BACĂU

Elena Tudorache, Florica Popovici, Miruna Pădure

Școala Ajutătoare — Bacău, L.S.M. copii — Bacău

ÎN CADRUL ȘCOLII AJUTĂTOARE, ÎN AFARA PROCESULUI instructiv-educativ, deficientul psihic recuperabil, beneficiază de o serie de activități suplimentare, destinate să-i lărgească orizontul psihic și să-i ajute la o cît mai bună integrare socială ulterioară. Este recunoscut rolul pozitiv, în formarea personalității deficientului mintal recuperabil, a unor activități ca : lectură, sport, muzică, lucru manual etc., existînd numeroase referiri în literatura de specialitate privitor la această problemă. (1, 2, 3, 4, 5).

Pornind de la punctul de vedere al autorilor citați și de la experiența altor specialiști, Școala ajutătoare Bacău, a organizat o serie de activități în completarea programului instructiv-educativ, destinate formării personalității și cultivării unor înclinații manuale și artistice ale debilului mintal.

În aceste forme de activități care se numeau cercuri școlare, au fost cuprinse un număr de 55 eleve din cl. V—VIII nefiind excluse nici elevele care aveau și unele tulburări asociate neurologice sau senzoriale : deficit motor, tulburări de vedere, tulburări de auz etc.

Elevele au fost împărțite în grupe de cîte zece potrivit înclinațiilor pentru 1—2 ore pe săptămînă, cu fiecare grupă pentru un anumit tip de activitate. Cu unele eleve care au dovedit o îndemînare specială s-au desfășurat concomitent două tipuri de activități (lucru manual și pictură).

Activitățile s-au desfășurat înafara programului de învățămînt în săli special amenajate și au constat în organizarea unor cercuri de lucru manual, pictură și lectură literară.

Pentru a valorifica rezultatele obținute periodic s-a aplicat cîte un chestionar la care s-a răspuns în scris și care a fost ulterior utilizat pentru evaluarea rezultatelor și orientarea activității cercurilor respective. Rezultatele dovedindu-se bune, acest gen de activități, care s-au desfășurat pe o perioadă de 8 ani, continuă și în prezent cu metode îmbunătățite de lucru, contribuind astfel la formarea deprinderilor practice, cultivarea unor înclinații a deficientului mintal recuperabil, la formarea unei personalități mai complete.

Prin toate acestea s-a realizat creşterea potenţialului adaptativ individual pe linia unei cît mai bune integrări ulterioare în viaţa socială.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Arcan P., Ciumăgeanu D.: *Copilul deficient mintal*, Ed. Facla, Timişoara, 1980.
2. Blumenfeld S., Hodoroabă M.: *Relaţiile interdisciplinare ale psihiatriei*. Ses. ştiinţif. Spit. clinic, „Socola" — Iaşi, 1975.
3. Enăchescu C.: *Expresia plastică a personalităţii*. Edit. Ştiinţifică, Bucureşti, 1975.
4. Păunescu C.: *Deficienţa mintală şi organizarea personalităţii*, E.D.P., Bucureşti, 1977.
5. Roşca M.: *Metode de psiho-diagnostic*, E.D.P., Bucureşti 1972.

OBSERVATIONS CONCERNING SOME ACTIVITIES USED IN RECUPERATING OLIGOPHRENICS OF AST DEGREE IN SPECIAL SCHOOL — BACĂU

Summary

In the assistance school in Bacău, there have been initiated a series of activities within school circles: handcraft, drawing, painting, reading for the pupils of fifth up to eighth forms.

As these activities proved to be efficient, they continued during a period of eight years, with a continuous improvement of the methods.

Besides completing the education program, the activities that have been carried out had a positive role in stimulating some of the pupils skills, and by exploiting some products, they have achieved a certain profitableness, too.

PROCESUALITATEA INTEGRATIVĂ, BIO-PSIHO-SOCIALĂ A TINERILOR NEVROTICI ȘI PSIHOPAȚI

N. Vandici, E. Kiss, O. Laza, V. Vlăduț

Spitalul de Neurologie și Psihiatrie Oradea

ÎN CONDIȚIILE MEREU ASCENDENTE ALE SOCIETĂȚII NOASTRE, de modernizare și continuu progres tehnico-științific, respectul față de fiecare membru al societății, implică, pe lîngă așezarea pe baze noi a relațiilor sociale și instituirea celor mai eficiente măsuri de sanogeneză, vizînd în special dezvoltarea bio-psiho-socială a tinerei generații.

Autorii încearcă să scoată în relief factorii determinanți ai condițiilor de inadaptare în familie, școală, la locul de muncă sau în viața socială, asupra unui lot de tineri între 16—24 ani, internați în spital cu diagnosticul de nevroză sau psihopatie.

Ca forme metodologice s-au utilizat: discuția, observația, chestionarul, teste obiective și teste proiective de personalitate.

Lotul cuprinde 150 de subiecți, din care 112 (74,7%) cu nevroză și 38 (25,3%) cu psihopatie.

În ce privește sexul 38% din subiecți sînt de sex masculin și 62% de sex feminin. În cazul nevrozelor preponderența o deține sexul feminin (77,7%), iar la psihopatii domină sexul masculin (84,2%).

Din punct de vedere al domiciliului se constată că 76,7% dintre tineri își păstrează mediul de proveniență, urban sau rural, iar un procent de 21,3% (32 subiecți) și-au schimbat domiciliul din mediul rural în cel urban. La acest grup de subiecți, schimbîndu-se mediul social, adaptarea la condițiile mediului urban se face progresiv, legătura cu ruralul se menține în special prin: vizite reciproce, concedii, participarea la viața colectivității din care au făcut parte cu ocazia unor evenimente mai deosebite.

Situația civilă: căsătoriți 36,0%, necăsătoriți 57,4%, divorțați 9,3%.

Studiile: 19,3% dintre subiecți au absolvit 7—8 clase generale, 21,3% au absolvit 10 clase generale, 23,3% au absolvit școala profesională, 35,5% au absolvit liceul și 0,7% școala tehnică.

Din totalul subiecților, un număr de 121 (80,7%) sînt încadrați în cîmpul muncii. După profesie repartizarea este următoarea: muncitori necalificați (14,0%), muncitori calificați (60,0%), elevi-studenți (11,3%), funcționari (4,0%), casnice (5,3%), agricultori (1,3%) și fără ocupație 4,0%). Un procent de 63% din subiecții încadrați în cîmpul muncii se găsesc în primii 3 ani de activitate profesională, ceea ce presupune rezolvarea problemelor de adaptare la locul de muncă.

Marea majoritate a subiecților provin din familii de muncitori (61,3%) și agricultori (19,3%).

Cunoscînd influența crescută a familiei asupra dezvoltării personalității tînărului, s-au investigat condițiile familiale în care au crescut aceștia. Dintre aceste condiții familiale enumerăm:

— familii cu relaţii armonice 55,3%
— lipsa unui părinte (pînă la 16 anli) 120%,
— divorţul părinţilor 12,0%
— părinţi necunoscuţi (subiecţii nefiind crescuţi de rude sau Casa copilului) 5,3%
— conflicte familiale frecvente 18,0%

In ce priveşte încărcătura ereditară a părinţilor menţionăm: cu nevroze (24,0%), psihopatii (12,6%), alcoolism cronic (13,3%). Încărcătura ereditară este mai elocventă la lotul de tineri cu psihopatie, familiile acestora prezentînd: nevroze 22%, psihopatii 31,6%, alcoolism cronic 15,8%.

Atitudinea autocrată a părinţilor a fost constatată la 36,0% din subiecţi. Tinerii agresivi provin de regulă din familii în care însăşi părinţii sînt agresivi. Subiecţii cu psihopatie prezintă pe lîngă imaturitate afectivă şi imaturitate axiologică caracterizată prin autocontrol insuficient, orgoliu excesiv, intoleranţă faţă de normele juridice şi morale şi, mai ales, tendinţe egocentrice şi spre simulaţie.

Procentajul subiecţilor cu nivel mental scăzut (inteligenţă de limită 10,7%, inteligenţă submedie 30,7%), reprezintă o premiză a inadaptării, mai ales dacă este asociat cu perturbări emotiv-afective ale personalităţii şi condiţii nefavorabile de mediu. Aceasta nu înseamnă că printre „inadaptaţi" nu vor fi şi subiecţi cu inteligenţă normală sau chiar cu inteligenţă superioară. În lotul nostru, 17,3% din subiecţi au inteligenţă medie ridicată şi 11,3% inteligenţă deasupra nivelului mediu. Apreciem că nivelul intelectual contribuie la adaptarea individului în condiţiile de mediu, dar nu este hotărîtor.

Un alt parametru investigat l-a constituit activitatea. S-a evidenţiat la tinerii lotului nostru o insuficientă maturizare afectivă şi sentimentul de frustraţie, conflicte afective, instabilitate şi ambivalenţă afectivă, absenţa emoţiilor şi înclinaţiilor altruiste şi simpatetice. Starea de frustraţie este trăită de o mare parte a subiecţilor tensionat şi dramatic, ca o consecinţă a nereuşitei şi privaţiunii. Instabilitatea emotivă se asociază adesea cu agresivitatea, ducînd la scăderea pragului delicvenţial şi la săvîrşirea unor infracţiuni prin acte de violenţă. Menţionăm faptul că în 16,0% din totalul subiecţilor s-au produs acte antisociale (furturi, ultragii, vagabondaj), un procent de 38,8% consumă frecvent alcool, iar 14,6% au ajuns la stări de beţie acută. Urmărindu-se tulburările caracteriale, la o serie de tineri se relevă anomalii de conduită socială, fiind opozanţi, turbulenţi, instabili afectiv, dezorganizaţi în activitate. Aceştia nu reuşesc să realizeze relaţii armonioase între ei şi mediul social, datorită insuficientei sociabilităţi manifestată prin reacţii de opoziţie şi intoleranţă faţă de ceilalţi. La subiecţii psihopaţi frecvenţa tendinţelor spre instabilitate psihomotrică şi a tendinţelor antisociale este semnificativ crescută comparativ cu lotul nevroticilor.

În ceea ce priveşte tendinţa spre impulsivitate şi agresivitate, la lotul de nevrotici predomină manifestările impulsive de tip histeroid.

La 44,7% din grupul subiecţilor cu psihopatie întîlnim tulburări predominante de conduită, diferenţele fiind semnificative faţă de grupul subiecţilor nevrotici (12,5%). Tulburările mixte de afectivitate şi conduită sînt mai frecvente la subiecţii psihopaţi (21,8%) faţă de cei nevrotici (15,1%).

Un alt obiectiv al studiului nostru l-a constituit consumul de toxice (alcool, tutun, cafea). Consumul de alcool ocazional (1—2 ori pe lună) este întîlnit la 28,6% din lot. O frecvență mai mare este întîlnită la grupul de subiecți psihopați, unde consumul ocazional este prezent la 42,1%, iar consumul „aproape zilnic" de alcool este ridicat (31,6%). Se ajunge astfel la un consum exagerat fapt ce determină stări de beție acută la 26,3% din grupul subiecților psihopați.

Din totalul subiecților 44,0% fumează : 15,3% pînă la 10 țigări pe zi, 22,6% între 10—20 țigări pe zi, iar 7,3% fumează 20—30 țigări pe zi. Fumatul este mai frecvent întîlnit la grupul subiecților psihopați : 47,3% fumează între 10—20 țigări pe zi, iar 15,7% peste 20 țigări pe zi.

Consumul zilnic de cafea este întîlnit la 20,6% dintre subiecți.

Se impun măsuri de educare a tineretului privind limitarea consumului de toxice și corelarea componentelor dinamice ale personalității — aptitudini, aspirații, realizări — în special în perioada adolescenței. Se consideră oportună organizarea unor cabinete de informare și orientare în scopul educării și modelării comportamentelor cuplurilor, premarital și marital.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Brânzei P. : *Itinerar psihiatric*, Edit. Junimea, Iași, 1975.
2. Dragomirescu V. : *Psihosociologia comportamentului deviant*, Edit. Științ. și enciclop., București, 1976.
3. Leonard K. : *Personalități accentuate în viață și în literatură*, Edit. Șt. și enciclop., București, 1972.
4. Pamfil E., Ogodescu D. : *Persoană și devenire*, Edit. științ. și enciclop., București, 1976.
5. Pînzaru P. : *Condiția umană*, Editura Albatros, București, 1981.
6. Predescu V. : *Psihiatrie*. Edit. Medicală, București, 1976.
7. Roșca Al. : Psihologie generală, E.D.P., București, 1975.
8. Șchiopu U. : *Psihologia copilului*, E.D.P., București, 1967.

THE BIO-PSYCHO-SOCIAL INTEGRATION PROCESS IN NEUROTIC AND PSYCHOPATHIC YOUTHS

Summary

The autors take out a series of conclusions about a group of 150 youths, between 16—24 years old, with the diagnosis of neurosis or psychopathy hospitalized in the Hospital of Neurology and Psychiatry Oradea.

The premorbid personality of the subjects was negatively influenced by the unsatisfactory family conditions : conflicts, alcoholism, the divergence of the educative methods, authority defficiencies, aggressiveness.

To the subjects included in the study it was pointed out an insufficient affective maturation characterized by the lack of an affective autonomy, the insufficient development of the affective self-control, the weak development of the superior emotions and feelings. The emotive instability was often associated with aggressiveness, and that leads to the committing of some acts of violence.

There are necessary measures of education of the youth concerning the limitation of the consumption of toxicants and the correlation of the dynamic components of the personality — aptitudes, aspirations, achievements — particularly during adolescence.

PROGNOSTICUL ADAPTĂRII PROFESIONALE A UNOR ADOLESCENȚI AKRIANICI

Judith Morariu

Spitalul Clinic de Copii — Cluj-Napoca

STUDIUL PERIOADEI CRITICE A DEFINITIVĂRII PERSONALITĂ-ții individului în paralel cu opțiunea sa profesională ni s-a părut cu atît mai justificat, cu cît ne situăm pe poziția psihopatologului, care are șansa să recunoască zone incerte între normal și patologic, prevenind dezacordul între anumite trăsături psihice și exigențele unor profesiuni (1, 4, 5, 6).

Lucrarea făcînd parte dintr-un studiu amplu urmărește : — germenii unor manifestări psihice, care decelați din timp, relevă laturile valabile, respectiv vulnerabile ale persoanei ; — decelarea acordului între manifestările psihice, în special limitrofe, denumite de autoare akrianice (acrianos, grec. = margine) la adolescenți și opțiunile lor profesionale ; — găsirea unor soluții practice în vederea ameliorării acordului între persoană și profesiune (2, 3, 7, 8).

Material și metodă de lucru. I. Am examinat psihic și psihologic inițial 557 de adolescenți în jurul vîrstei de 18 ani de la licee cu profil diferit din Cluj-Napoca. II. Reexaminarea psihică și psihologică longitudinală a vizat opțiunea profesională inițială și adaptarea profesională pe parcurs în legătură cu calitatea orientării profesionale (O.P.) inițiale și dinamica manifestărilor psihice. III. Rezultatele intervenției noastre active în O.P. prin sfatul profesional acordat tuturor celor 557 de adolescenți examinați în liceu pe baza profesiogramelor și a bibliografiei consultate în sensul încurajării opțiunilor corecte și dezvăluirii laturilor vulnerabile, pe care urmau să se angajeze unii, au fost urmărite la cei 254 de adolescenți colaboratori prin coeficientul de adaptare profesională al chestionarului Bell, chestionar aplicat la minimum 3 luni și maximum 5 ani de la încadrarea în profesiune. Adaptarea profesională (A.P.) bună sau slabă a fost corelată ca urmarea sau neglijarea de către adolescent a sfatului nostru profesional.

Toate rezultatele au fost prelucrate matematic (testul χ^2)

Lotul martor (50 adolescenți) și cel experimental (204 adolescenți), a fost delimitat pe baza criteriului O.P. inițiale corecte la martori și incorecte la lotul experimental. Am considerat acțiunea de O.P. corectă, dacă ea a întrunit următorul număr minim de criterii cuprinzînd : descoperirea din timp a aptitudinilor, dezvoltarea lor, o motivație profesională superioară, cunoașterea profesiunii, cunoașterea calităților necesare profesionistului, cunoașterea necesităților obiective privind numărul de specialiști, sfatul profesional al specialistului în O.P., caracterul de autoorientare profesională.

În urma examenului psihic și psihologic inițial am distribuit adolescenții din punct de vedere psihopatologic pe : — sublotul „echilibrați“ (simbol A) — 94 subiecți (16,8%) ; — sublotul cu o psihopatologie limitrofă compensată denumită de noi akrianică (simbol C) — 127 subiecți (22,8%) ; sublotul de diferite manifestări prevalente, minore în personalitate (simbol P) — 336 subiecți (60,4%). În funcție de natura manifestărilor prevalente sublotul P a cuprins alte subloturi ca cel al manifestărilor afective /D/, al manifestărilor de imaturitate afectivo-volitivă /K/, asteno-depresive /F/, de instabilitate /E/ etc. În cadrul sublotului C, al manifestărilor psihice borderline, akrianice, cele mai mult reprezentate forme după prevalența manifestărilor au fost acelea de imaturitate afectivo-volitivă (16,53%) sau numai afectivă (12,60%) /D/, cele schizoide (14,17%) etc. și mai puțin reprezentate : manifestări antisociale /J/ (9,44%).

Urmărind longitudinal dinamica manifestărilor psihice A, C și P am surprins o evoluție spre echilibrare doar în 13,27%, iar pe loturi la 9,88% din lotul experimental și la 28,20% din lotul martor. De subliniat că din lotul C nici un caz nu s-a echilibrat, iar din manifestările psihice ale sublotului P au dispărut în procentaj mai mare complexele de inferioritate /M/, manifestările psihastenoide /G/, cele de autosupraevaluare /I/ și de instabilitate /E/. Evoluția manifestărilor de echilibru psihic (A) : 88,37% au rămas echilibrați, iar 11,63% au prezentat pe parcurs manifestări afective minore. Calitatea manifestărilor psihice de graniță (C) s-a menținut în evoluție în 82,3%, din care 3% s-au ameliorat cantitativ. Restul de 17,7% s-a ameliorat calitativ : manifestările psihice au devenit minore, de tip P.

O.P. corectă la martori a coincis cu o A.P. bună în 92% din cazuri față de 56,22% la lotul experimental (foarte semnificativ /F.S./ diferit de testul χ^2). Subiecții cu manifestări psihopatologice akrianice din lotul experimental au dat procentajul cel mai ridicat de A.P. slabă (32 din 48 = 66,66%).

Justețea sfatului nostru profesional pro sau contra opțiunii adolescenților lotului experimental a tranșat-o coeficientul de A.P. A.P. bună a apărut în foarte s. mai multe cazuri ($\chi^2 = 47{,}02$; $p < 0{,}001$) la subiecții, care au urmat indicațiile noastre (sublotul P și C împreună). La subiecții din sublotul C respectarea sfatului nostru profesional a reprezentat la majoritatea cazurilor o condiție pentru A.P. bună $\chi^2 = 47{,}62$; $p < 0{,}001$).

Evoluția staționară, ameliorată și înrăutățită a manifestărilor psihice de-a lungul anilor am corelat-o cu calitatea A.P., evidențiind o deosebire f.s. între martori și lotul experimental. Cei mai mulți martori au prezentat o evoluție staționară sau ameliorată a manifestărilor psihice, care ambele au coincis cu o A.P. bună în f.s. mai numeroase cazuri ($\chi^2 = 99$; $p < 0{,}001$) decît la același contingent din lotul experimental.

Calculele matematice au mai relevat o relație importantă : adolescenții cu A.P. bună furnizează un număr f.s. mai mare de ameliorări psihice decît cei cu A.P. slabă ($\chi^2 = 40{,}2$; $p < 0{,}001$).

Asocierea A.P. slabe cu manifestări psihice akrianice persistente în evoluţie sau manifestări de tip C sau P agravate, am considerat-o o asociere periculoasă, „cu risc psihoprofesional". Pe baza incidenţei acestei asocieri în cadrul fiecărui sublot şi pe baza unui raţionament matematic am obţinut un indice de risc psihoprofesional (I_{RPP}) nemaiîntîlnit în literatură avînd formula următoare :

$$I_{RPP(i)} = \underbrace{\left(\sum \frac{fi}{ni}\right)\left(\frac{\Sigma\, ni}{n}\right)\left(\frac{\Sigma\, i}{\frac{fi \neq 0}{\Sigma\, i}}\right)\frac{100fi}{ni}}_{K}$$

i = subloturi psih.
n = nr. total subiecţi
$\Sigma\, i$ = nr. subloturi
$\Sigma\, i$ = nr. sublot cu risc
$fi = \varnothing$

fi = frecv. riscului la dif. subloturi
ni nr. subiecţi din sublotul respectiv
$K = 0{,}969$

Prin calcul obţinem pentru fiecare sublot o valoare individuală, care-l situează într-un „lanţ al riscului" care se prezintă astfel : C J C> J> F> E> K> G ~ H> B> D. I_{RPP} a fost 0 la sublotul A, la sublotul cu manifestări minore de megalomanie (I) şi la cel cu complexe de inferioritate (M), manifestări psihice care au dispărut la 1—2 ani după prima evaluare în urma maturizării capacităţii de autoevaluare. Subloturile A, I şi M reprezintă însă numai 21,11% din adolescenţi. Ceilalţi 79,99% prezintă în lipsa O.P. corecte un risc de A.P. şi al evoluţiei psihice cu atît mai mare, cu cît simbolul sublotului respectiv se situează mai aproape de C în lanţul riscului.

Poziţia extremă a psihopatologiei akrianice în lanţul riscului a fost confirmată prin decompensarea psihică (cu internare) a 12,5% din subiecţii sublotului C în primii 5 ani de muncă.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Allport, G. W. : *Structura şi dezvoltarea personalităţii,* Pedagogia sec. XX, E.D.P. Bucureşti, 1981.
2. Brânzei P. : (sub redacţia) — *Adolescenţă şi adaptare* C.C.P.T. filiala Iaşi, 1974, pp. 23—159, 191—317.
3. Chircev, A., Salade, D. : *Orientare şcolară şi preorientare profesională —îndrumător pentru cadre didactice,* E.D.P., Bucureşti, 1976.
4. Grinker, R. R. : *Adolescent psychiatry. Developmental and clinical studies,* vol. VI, Univ. of Chicago, Press., 1978, pp. 339—344.
5. Kernberg, O. F. : *Adolescent psychiatry. Developmental and clinical studies,* vol. VI, Univ. of Chicago Press., 1978, pp. 298—320.
6. Materson, J. F. : *Adolescent psychiatry. Developmental and clinical studies,* vol, VI, Univ. of Chicago Press., 1978, pp. 344—360.
7. Perry, Ch., Klerman, G. L. : The Am. J. of Psychiatry, vol. 137, nr. 2, 1980, pp. 305—312.
8. Peteanu, M. : *Examinarea medicală în scop de selecţie şi orientare profesională — ghid.* E.D.P., Bucureşti, 1971.

PROGNOSIS OF THE PROFESSIONAL ADJUSTMENT OF AKRIANIC ADOLESCENTS

Summary

The present paper belongs to an ample study and it pleads for an accurate professional orientation especially that of a contingent of adolescents, carriers of borderline syndrome, named by the author as akrianic manifestations (akrianos — Greek = border) — who in the case of not having met with a qalitatively superior professional orientation, present some risk in their psycho-professional adjustment. The longitudinal study carried throughout 6 years, is done comparatively with a group of adolescents correctly professionally oriented and with other subgroups of adolescents mentally ballanced or carriers of some minor mental manifestations. All the data have been mathematically analysed and a never heard-of in literature index of psycho-professional risk has been obtained.

ASPECTE PSIHOLOGICE PRIVIND EVALUAREA NIVELULUI INTELECTUAL AL ȘCOLARUL MIC

Lidia Popa

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

SCOPUL GENERAL AL DIAGNOSTICĂRII NIVELULUI DE DEZvoltare psihică, este stabilirea unei relații cît mai obiective între caracteristicile intelectuale definitorii pentru o dezvoltare normală. Nivelul dezvoltării psihice este cadrul de referință pentru evaluarea capacităților psihice normale. Prin evaluarea nivelului intelectual noi am urmărit depistarea copiilor cu handicap predominant intelectual, care prezentau eșec adaptativ școlar și dezvăluirea pe cît posibil a cauzelor acestui handicap urmat cu rezultate proaste la învățătură.

Structurarea imaginii de ansamblu asupra nivelului de dezvoltare psihică a unui individ este destul de dificilă, din cauza instrumentarului de investigație psihologică, a condițiilor efectuării examenului psihologic cît și din cauza unor multitudini de variabile care trebuiesc acoperite prin diagnostic.

Noi am urmărit variabila intelectuală prin aplicarea testului W.I.S.C. încercînd să ajungem la un nivel al dezvoltării intelectuale prin corelarea datelor obținute și cu ajutorul altor instrumente și mijloace de investigație : observația, analiza, ancheta socială, teste proiective. Am pornit de la ideea că inteligența poate fi cunoscută prin măsurarea ei incipientă, aceasta făcîndu-se cu ajutorul unor instrumente etalonate și validate practic (1, 4).

Lotul investigat a fost în număr de 113 elevi — băieți și fete — de la una din școlile unui cartier nou, cu o integrare masivă de populație rurală, care pune probleme adaptării la condițiile unui mediu socio-cultural și profesional.

Urmărind o analiză unitară a personalității și pentru evaluarea cît mai obiectivă, examenului psihologic i-au fost aduse completări cu privire la adaptarea comportamentală și integrarea socială a copilului, cu anchete sociale privind familia, modul de viață al acesteia, discuții cu învățătorii, cît și observația efectivă a elevilor în timpul orelor și a pauzelor școlare.

Din cei 113 elevi examinați, de vîrste între 6 și 12 ani, cea mai mare parte s-au situat cu un coeficient de inteligență de la deficiență mintală severă spre intelect de limită. Constatăm că deficiența mintală se datorează unei insuficiente dezvoltări psihice, în special cognitivă. Prin Q.I. noi depistăm o reflectare a inteligenței, o formă subiectivă de sesizare a unui proces obiectiv.

La copiii intrați în studiu, după clasificarea Q.I.-ului în vigoare, 15% au fost depistați cu o retardație severă în dezvoltarea psihică, corespunzînd imbecilității. Se remarcă faptul că nu a fost găsit nici un caz inferior acestui nivel, deci de idioție. Toți copiii fac obiectul programului instructiv-educativ de masă unde nu se pot încadra procesului de învățămînt, devenind retardați intelectuali și cu eșec adaptativ școlar.

Am ajuns la concluzia că inteligența este un atribut al personalității cu o dublă condiționare : genetică și de mediu. (2, 3). Structura genetică nu determină singură Q.I.-ul. Ansamblul componentelor genetice, fără a exclude posibilitățile ameliorative ale mediului, influențează Q.I.-ul. În urma studiului efectuat, valoarea raportului ereditate-mediu în determinarea inteligenței nu a fost satisfăcător stabilită. Se poate afirma cà factorii genetici au pondere de 80% în măsurarea Q.I.-ului. De asemenea s-a constatat că acolo unde progresele cognitive sînt lente și discrete, cele pe linia maturizării sociale pot fi relativ rapide și evidente — observabile fiind sub influența factorilor educaționali și de mediu. Această idee poate fi exemplificată cu procentajul de 33% din lotul investigat, care a fost diagnosticat cu debilitate mintală, dar sub influența și supravegherea permanentă a familiei și în timpul programei școlare, reușesc să facă față la cerințele primordiale ale învățămîntului.

Tot din studiul efectuat am mai observat că avînd o imaginație săracă și creativitate rudimentară, deficientul mintal, utilizează în raționament numeroase clișee și formule standard, depășind foarte greu primele performanțe obținute. La deficiența determinată delimitarea cognitivă se adaugă și eficientul negativ al eșecurilor relaționale. Deficiența psihică ocazionează carențe și frustrații socio-afective și limitează corecta structurare a cunoștințelor și integrarea sistemului de valori social umane.

Ținînd cont de aceste constatări în evaluarea Q.I.-ului, din lotul studiat 25% s-au situat în zona marginală, între normalitate și deficiență, la nivelul intelectului de limită.

În 30% din cazurile investigate am întîlnit fenomenul de negativism, care se manifestă ca o formă a dezadaptării — fiind o reacție de neconcordanță între inflația de dorințe ce apare la copil și creșterea situațiilor de frustrație și interdicții de manifestare și satisfacere a lor.

În urma analizei datelor obținute din cercetarea întregului grup, ajungem să stabilim un procent de 28,4% din elevi cu intelect normal. Normalitatea a fost supusă unei divizări în intelect normal slab, mediu și superior. Conform acestei divizări 16% aveau intelect normal slab și 12,4% intelect nomral mediu.

Testele și metodele folosite au oferit informația cu privire la nivelul intelectual, formarea și dezvoltarea personalității, au pus în evidență particularitățile privind procesele psihice.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Arcan P și Ciumăgeanu D. : *Copilul deficient mintal*, Edit. Facla, Timișoara, 1980.
2. Cosmovici A. : *Probleme fundamentale ale psihologiei*, Edit. Acad. R.S.R., 1980.
3. Golu P. : *Psihologie socială*, E.D.P., București, 1974.
4. Popescu-Neveanu P. : *Curs de psihologie generală*, vol. II, București, 1977.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS CONCERNING THE ESTIMATION OF INTELLECTUAL LEVEL IN EARLY SCHOOL PEOPLE

Summary

The study carried out on a sample of 113 school-children in a school in a new quarters of the town of Iași brought into relief the low level of psychic and intellectual development of the children aged 6—12. This state of affairs has a hereditary and environmental motivation with families coming from rural milieu, the socio-cultural and professional environment imprinting on the development of child's personality.

SCRIS-CITITUL COPILULUI ALALIC

Iolanda Mititiuc

Centrul Logopedic Interşcolar Iaşi

DESTUL DE RAR, TOTUŞI SE ÎNTÎLNESC COPII CARE NU POSEDĂ limbajul articulat, cuvîntul, în conformitate cu codul social lingvistic dar care posedă totuşi elementele limbajului ca sistem al gîndirii dezvoltate normal. Aceştia nu posedă vorbirea decît într-o măsură extrem de redusă ; cîteva cuvinte sau rudimente de cuvinte mult după vîrsta stabilită pentru definitivarea evoluţiei vorbirii sub aspect articulator.

Sub aspect operaţional au o dezvoltare în limitele normale, dar cu un ritm mai lent în evoluţia proceselor gîndirii în faza nefolosirii sistemului verbal, ritm ce se accelerează şi se apropie de normal cînd capătă deprinderi verbale.

Sub aspectul formării deprinderilor de scris-citit, s-a constatat că şi acolo unde intelectul este conservat există mari diferenţe, evoluţia fiind mult mai rapidă, la unii, decît în vorbirea orală, performanţele depăşind cu mult nivelul articulator din vorbirea independentă. Ceea ce caracterizează citirea acestora este nu realizarea ei, care se face la mulţi în limitele normalului, ci ritmul şi expresivitatea ei, care lipseşte.

Vorbirea lui scrisă va repeta în general defectele vorbirii orale. Aşa se explică faptul că scrierea după dictare la aceşti copii, unde perceperea se face corect, este şi ea mult mai corectă.

Nu de puţine ori se observă la unii, că deşi vorbirea este încă defectuoasă, scrierea este mult mai corectă. La aceasta contribuie o atmosferă calmă care le permite să gîndească mai mult.

La baza greşelilor acestor copii se află deci defectele vorbirii orale şi nu tulburările unor mecanisme ale scrierii. Aceştia nu întîmpină greutăţi nici în sesizarea formelor ortografice.

La alţii însă, şi în special la cei cu dominantă senzorială sau unde se adaugă şi o componentă afazică ,existînd deci şi un deficit de înţelegere a limbajului vorbit, precum şi tulburări serioase de exprimare, însuşirea scris-cititului ridică probleme foarte grele.

Vorbirea şi înţelegerea fiind nulă la unii alalici, după cum este şi firesc, va avea repercusiuni serioase şi asupra scrierii. Deşi poate ajunge la un moment dat posibilă după copiere, rămîne imposibilă după dictare. La aceştia dislexia-disgrafia este gravă şi constantă.

La alalicii motori, greutăţile în executarea semnelor grafice sînt determinate şi de imperfecţiunile analizatorului motor. Ei au o serie de trăsături caracteristice ale reacţiilor motorii condiţionate, datorită tulburărilor diferenţierilor excitanţilor

chinestezici. Vom observa că le lipsește coordonarea mișcării diferitelor părți ale brațului : degete, palmă, braț, antebraț ;

— apar greutăți în unirea elementelor grafice ale literelor și ale acestora în cuvinte ;

— distanțele dintre litere, cuvinte, se mențin neuniforme și necorespunzătoare, scrisul este puțin lizibil, pagina inestetică. Uneori e prea apăsat datorită contracției exagerate a mîinii, alteori abia atinge foaia datorită nesiguranței ;

— la majoritatea le lipsește supleţea mîinii și a degetelor, relaxarea musculară, care să le asigure un scris corect, frumos. Pentru că scrisul să fie regulat, citeț, armonios, este necesar să se păstreze o consonanță în forma, dimensiunea, orientarea, presiunea și legătura literelor ;

— orientarea literelor este inconstantă, scrierea orientată în mai multe direcții, nu au o direcție precizată ;

— literele sînt neuniforme și aglomerate între ele, legăturile sînt prea lungi sau prea mici, majoritatea nu se încadrează în spațiu. Literele : a, b, c, d, e etc. nu sînt uniforme ca volum iar elementele grafice din care sînt alcătuite literele : m, n, r, b, u, v, sînt distanțate între ele. Toate acestea dau aspect inestetic paginii.

Aceste aspecte discaligrafice sînt însoțite de omisiuni, inversiuni, înlocuiri, adăugiri. Acestea se datoresc atît tulburărilor grave agnostice-apraxice, care duc la o execuție deficitară a mișcării într-o direcție dată, a orientării mișcărilor generale (apraxice) greutăților în stabilirea raporturilor spațiale, cît și tulburărilor grave ale analizei fonematice.

Dacă apar și tulburări ale analizatorului vizual, se constată și tulburări spațiale (nu disting elementele unui întreg sau nu le știu. La unii apar agnozii vizuale care îngreunează formarea reprezentărilor.

La copilul alalic cu debilitate mintală, procesul elaborării deprinderilor de citire și scriere e mai anevoios pentru că înapoierea mintală e o frînă serioasă în dezvoltarea intelectuală în general și a limbajului oral și scris în special. Ea este însoțită de obicei de tulburări motorii senzoriale și psiho-motorii. La el apare un cerc vicios ; tulburările senzoriale motorii, dezinteresul față de stimulii exteriori, împiedică înțelegerea lumii exterioare, agravîndu-i întîrzierea, iar dificultățile de a acționa, de a răspunde la stimuli, împiedică realizarea achizițiilor psiho-motorii.

Reacțiile copilului debil mintal sînt insuficiente, anormale sau prost adaptate. Leziunile la nivelul sistemului nervos central duc la perturbarea maturizării neurofuncționale și deci la întîrzieri în dezvoltarea psiho-motorie. Adeseori aceștia prezintă simptome ale răspîntiei parieto-occipito-temporală sau din sfera afazie-agnozie-apraxie, manifestate prin :

— tulburări de organizare spațială, acționînd în planul percepției literelor și cuvintelor, unde există o ordine de desfășurare și discriminare a elementelor, conflicte de dominanță, inversarea literelor, scrierea în oglindă, tendința de a citi și scrie de la dreapta la stînga ;

— tulburări de organizare temporală, traduse prin dificultăți în respectarea elementelor literelor, cuvintelor, propozițiilor în limbajul scris. Nu recunosc literele și nu le pot executa, nu-și pot aminti literele, nu pot face analiza și sinteza la nivelul silabei și a cuvintelor.

Aspecte metodice. În conturarea metodicii și a principiilor generale de dezvoltare a limbajului la copilul alalic ne-am axat pe elementele pozitive : cooperarea și interesul în corectarea alalicului, vîrsta, gradul deficitelor neurologice, ca și pe unele aspecte incipiente de înțelegere a vorbirii. În funcție de acestea și rezultatele, eficiența muncii noastre, a înscris cazuri la care s-a obținut o posibilitate liminară de comunicare dar și cazuri de corectare și reabilitare totală, cînd personalitatea logopatului a fost total întregită prin limbaj, iar rezultatele școlare ale acestor copii au încununat munca noastră. Desigur că eficiența este în funcție

de multe aspecte obiective și subiective : gradul de întîrziere, de vîrstă, de colaborarea cu mediul și familia, de priceperea și entuziasmul logopedului. Ceea ce se impune cu necesitate este diagnosticul complex ca element important în diferențierea normalului de patologic și a diferitelor grade de deficiență.

Învățarea scrierii la copilul alalic se structurează pe vorbirea orală, în același timp scrisul contribuind la o mai bună memorare și înțelegere a vorbirii. Munca logopedică trebuie dusă în aceste două direcții paralel, începîndu-se și punîndu-se accentul în această primă etapă pe dezvoltarea limbajului oral, fără de care nu se poate dezvolta limbajul scris. Paralel cu dezvoltarea vorbirii, se însușesc elementele scrisului, începînd de la vîrsta preșcolară. Se începe cu exerciții de dezvoltare a auzului fonematic, a atenției auditive, cu exerciții de gimnastică fonoarticulatorie generală și specifică sunetelor, prin care se urmărește realizarea pe calea imitației, repetării, spontaneității și dirijării, a dirijării aparatului fonoarticulator și pronunția sunetelor, pornindu-se de la formele lingvistice mai frecvent folosite în limbajul uzual, urmărind stabilizarea lor. În această primă etapă preocupările sînt în direcția dezvoltării auzului fonematic și semantic, pe baza cărora să se obțină o articulație și diferențiere corectă.

Paralel cu corectarea si dirijarea conștientă a motricității aparatului fonoarticulator se urmărește și corectarea motricității mîinilor și se trece la scrierea primelor grafeme, desene, cifre și se fac multe exerciții de formare a noțiunilor de mărime și de orientare spațială, pentru ca apoi, la vîrsta școlară, chiar dacă copilul nu este școlarizat, se trece intens la însușirea scris-cititului. Considerăm că vîrsta de 6—7 ani este foarte potrivită pentru însușirea scris-cititului și la copilul alalic, deoarece este știut că la această vîrstă, sensibilitatea auditivă devine de două ori mai fină față de etapele precedente.

Pe măsură ce copilul poate executa anumite forme, în anumite limite spațiale, se începe însușirea scrierii propriu-zise, acordîndu-se atenție deosebită realizării unei coordonări motrice cît mai bune, înlăturării crispării și nesiguranței.

La copilul alalic și în special la cel cu debilitate mintală sau tulburări motorii, optico-spațiale sau dislexo-grafice, această perioadă este foarte îndelungată, și trebuie avută în vedere întreaga gamă de tulburări ale fiecărui copil.

Imediat ce au fost însușite scrierea primelor litere, recunoașterea lor, se încep și primele exerciții de analiză și sinteză la nivelul silabelor, apoi a cuvintelor, propozițiilor smiple, după care se va trece la o citire, scriere, povestire pe bază de întrebări și imagini.

Se va avea permanent în vedere realizarea unei pronunții corecte a sunetelor și cuvintelor, explicîndu-se în același timp aspectul semantic și polisemantic al unor cuvinte, formarea deprinderii de a vorbi coerent, cursiv, prin formularea ideilor și elaborarea lor pe plan mintal mai întîi.

În citire, după însușirea ei, s-a urmărit respectarea punctuației, a elementelor prozodice, pentru a putea fi sesizată mai ușor direcția semnificației frazei citite, ideea.

Cu toată munca depusă, sistematică și bine condusă, profilul de dezvoltare al limbajului la majoritatea cazurilor, indică un decalaj față de evoluția normală, chiar și după 2—3 ani de terapie logopedică. Ei întîmpină mult timp greutăți în organizarea mintală prealabilă a planului unei compuneri, preferă propoziții independente, frecvent simple, fără a reuși să redea succesiv și complet conținutul de idei cerut pe planul compunerii, exprimarea se menține mult timp agramată.

Concluzii. Alalia — tulburare severă a limbajului oral, poate apare însoțită de dislexie-disgrafie, dar nu o condiționează în mod obligatoriu. Foarte multe greșeli apărute se datoresc greșelilor limbajului oral, nefiind pur disgrafice.

Se impune instituirea unei metodici de corectare și dezvoltare a limbajului în care să se respecte principiile muncii individualizate dar și inserția în grupe mici, omogene, preocupîndu-ne atît vorbirea cît și înțelegerea limbajului oral și scris, folosind din plin materialul intuitiv, gesturile și mimica.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Ludu F., Rusan I., Ludu A.: Cercetări de logopedie, pedagogie medicală, defectologie, Institutul de științe pedagogice — București, 1968.
2. Toncescu N.: *Tulburările limbajului scris*, E.D.P., București, 1967.

WRITING — READING OF THE ALALY CHILD

Summary

In the present paper we point out to a series of aspects met in our logopedic practice concerning the formation of writing-reading skills we try to emphasize but it is not obligatorily conditioned by them. The majority of mistakes are due to oral speaking defects, of some visual-motor excitements or of an intellectual defficiency.

STUDIU CLINICO-STATISTIC ŞI TERAPEUTIC ASUPRA CAZURILOR CU ENUREZIS LA VÎRSTA ŞCOLARĂ

Verona Vieru, Valeria Constantinescu, Georgeta Oprişan

Spitalul pentru studenţi şi elevi — Iaşi

O TULBURARE FRECVENT ÎNTÎLNITĂ LA ŞCOLARI, CARE PUNE probleme deosebite de încadrare nosologică şi tratament pentru cabinetele de neuro-psihiatrie şi pediatrie din Policlinica de elevi o constituie enurezisul. De aceea ne-am propus să efectuăm un studiu clinico-statistic pe un număr de 250 cazuri existente în evidenţa noastră.

Din totalul de consultaţii anuale de la serviciul de neuro-psihiatrie, un procent de 11% l-au constituit enureticii. Procentajul este asemănător cu cel comunicat de F. Flahault — 1980 (1), Ana Murguleţ — 1982 (3).

Vîrsta pacienţilor a fost cuprinsă între 6—18 ani, cu procentajul cel mai ridicat între 6—11 ani, — 88,4% din cazuri.

Referitor la repartiţia pe sexe remarcăm predominanţa la sexul masculin, 60% procent asemănător cu cel publicat de Ana Murguleţ în 1982 (3).

În majoritatea cazurilor, 84%, primele tulburări enuretice au fost observate de familie, în jurul vîrstei de 3 ani şi mult mai rar după vîrsta de 6 ani, 16%.

Din antecedentele heredo-colaterale rezultă că în 30% din cazuri enurezisul a fost întîlnit şi la fraţi, taţi, rude, mai rar la mame. Şi probabil că procentul ar fi mult mai mare dacă ar exista mai multă sinceritate din partea familiei şi ar declara toate cazurile. Această situaţie se explică probabil ca urmare a unei întîrzieri în maturarea centrilor nervoşi încriminaţi în controlul sfincterian vezical.

De asemeni din antecedentele bolnavilor mai rezultă că 25% au avut o suferinţă intra sau perinatală, prematuritate, uşoare întîrzieri în dezvoltarea neuropsihică, traumatisme cranio-cerebrale, elemnte de microsechelaritate.

Sint importante de menţionat carenţele şi greşelile pedagogice întîlnite, în 30% din cazuri.

Pentru urmărirea pacienţilor incluşi în studiu s-a întocmit o foaie specială. care a cuprins în afara examenului clinic, toate explorările paraclinice necesare, evoluţia consemnată la controalele periodice şi tratamentul administrat.

Din sinteza datelor obţinute rezultă că în 28 cazuri enurezisul s-a întîlnit la bolnavi cu infecţie urinară, în 9 cazuri cu malformaţii renale, în 6 cazuri cu splina bifida şi într-un caz cu agezie sacrococcigiană, în cîte un caz cu diabet renal şi insipid în 11 cazuri cu pneumonii acute obstructive, cu spasmofilie, parazitoze intestinale, vegetaţii adenoide. În 20 cazuri enurezisul a apărut ca o reacţie fie datorită unei inadaptări şcolare (5 cazuri la 6 ani care prezentau şi un handicap informaţional), sau a unei situaţii familiare deosebite.

În ceea ce privește relația dintre epilepsie și enurezis am grupat bolnavii în 3 situații.

În prima am inclus 3 copii cu crize grand-mal și micțiuni involuntare de urină nocturne, intercretic, ca un fenomen independent față de crizele convulsive.

În alte două cazuri, tulburările enuretice au apărut la copiii care au avut în antecedente convulsii febrile și în prezent numai anomalii electroencefalografice de aspect comițial. În această situație am considerat tulburările menționate ca și L. Szabo și L. Popoviciu (5) ca echivalente comițiale și am asociat la tratament drogurile antiepileptice.

În ultimul grup au fost cuprinse 8 cazuri cu modificări E.E.G. de tip comițial și fără nici o manifestare epileptică. Precizăm că în acest grup s-au situat și copiii la care enurezisul a existat la mai mulți membri din familie. În afara bolnavilor cu anomalii electroencefalografice comițiale s-au întîlnit bolnavi cu trasee de suferință centrecenfalitice (10 cazuri), iritative (32 cazuri) sau cu întîrziere în maturarea bioelectrică (5 cazuri).

Din datele furnizate de examenul neuropsihic a rezultat că 8% dintre pacienți au avut debilitate mintală ușoară, iar 12% un intelect liminar. Un procent de 23% prezenta instabilitate psihomotorie, irascibilitate, labilitate emoțională, ticuri, iar 8% tulburări de comportament.

Tratamentul a fost diferențiat, individualizat în funcție de contextul în care a apărut enurezisul și rezultatele investigațiilor de laborator.

De obicei s-a început cu o convorbire purtată cu familia pentru a fi lămurită de benignitatea afecțiunii, evoluția bună în timp și pentru a nu recurge la metode educative drastice.

Pacienții au fost conștientizați asupra tulburărilor urinare și într-un climat de destindere li s-au aplicat metode psihoterapice.

Cu ajutorul sugestiei, s-au obținut rezultate bune și de durată într-un timp mai scurt (35%), vindecate. Ședințele de psihoterapie s-au repetat la intervale mici de timp, și strict individualizate, iar 65% din cazuri s-au asociat cu o medicație diferențiată de la caz la caz în raport de contextul în care a apărut enurezisul, (în 15% s-au obținut rezultate imediate iar în 50% o evoluție bună).

Alți autori au constatat că enureticii care prezintă și o întîrziere în maturare se vindecă într-un ritm mult mai lent în paralel cu procesul de maturizare impunînd asocierea neuro-stimulentelor (lecitin complex B, enerbol).

Bolnavilor cu somn profund, îndeosebi adenoideni, li s-au indicat tratament O.R.L., iar pentru diminuarea profunzimii somnului antideprîn la ora 18, celor cu traseu E.E.G. — normal sau Vit. B 6, meclofenoxat la ora 18, celor cu modificări electroencefalografice și restricție de lichide de la aceeași oră.

În cazul copiilor instabili, rezultate bune s-au obținut cu tranchilizante în timpul zilei și seara celor cu somn agitat iar celor cu somn profund meclofenoxat, enerbol la ora 18.

Din cei 11 copii cu pneumopatii acute obstructive aflați în cură de tratament imunostimulator cu produse polimicrobiene, la 9 cazuri s-a constatat dispariția tulburărilor enuretice numai după 2—3 cure iar la 3 cazuri după 1 an de tratament.

În general evoluția bolnavilor a fost bună, însă variabilă ca durată, în funcție de celelalte afecțiuni asociate, de nivelul intelectului, comportament și gradul de cointeresare al copilului de colaborare cu familia.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Fiahault F.: Revue d'Hygiène et de Médicine scolaire et universitaire 1900, Tome XXXIII, nr. 1, pp. 30—40.
2. Kolesnicov G.F. și colab.: Pediatrie, 1975, nr. 12, pp. 29—30.
3. Murguleț A.: Neurol., Neurochir., 1982, nr. 2, pp. 49—52.
4. Pendefunda Gh. și colab.: *Epilepsiile,* Edit. Dacia, Cluj-Napoca, 1980.
5. Szabo L., Popoviciu L.: *Epilepsiile,* Edit. Dacia, Cluj-Napoca, 1980.

CLINICAL, STATISTICAL AND THERAPEUTICAL STUDY ON THE BASES OF ENURESIS IN SCHOOL CHILDREN

Summary

The authors made a clinical-statistical study on a group of 250 cases of enuresis, recorded by the Policlinics for Pupils and Students from Iași because the affection raises particular problems of nosological framework and treatment.

They noticed that in the majority of cases, enuresis is determined by a retardation of the process of the nevous system control over the urinary bladder.

From a therapeutical point of view, the syndrome is approachable, with a high rate of recuperation.

In order to achieve that, it is necessary to make an individualized treatment depending on the clinical aspect, but psychotherapy with temporary medicinal associations holds the main share.

PSIHOTERAPIA LA COPII — CONSIDERAȚII CLINICE ȘI DE ANAMNEZĂ

Lidia Ursuleanu, R. Alexandru

Policlinica de Copii
Laboratorul de Sănătate Mintală — Botoșani

ÎN PERSPECTIVA UNOR CONCEPȚII MODERNE ÎN PSIHIATRIE, înțelegerea dinamicii dezvoltării psihice a copilului a oferit un cadru nou terapiei tulburărilor psihice.

În lucrarea de față ne propunem să prezentăm un caz pe care-l considerăm tipic pentru patologia psihică a adolescenței și pentru o abordare interdisciplinară. Este vorba despre o dezvoltare nevrotică de personalitate la un copil în vîrstă de 14 ani, T. I., elev în clasa a VIII-a la o școală generală din Botoșani. Acesta provine dintr-o familie cu doi copii, fiind primul copil, de sex masculin, urmat de o fetiță. Tatăl copilului este conducător auto la o întreprindere locală, consumator de alcool, cu manifestări frecvente de agresivitate, mama, muncitoare la o fabrică de confecții, cu frecvente stări depresive în antecedente, care au influențat negativ comportamentul copilului.

La examenul clinic s-au constatat următorele: copil de talie mijlocie, facies palid, apatic, inapetent, acuză cefalee, stări depresive, izolare, agresivitate, dificultăți de adaptare școlară. S-a prezentat la consultație pentru scădere ponderală marcată, manifestări de negativism comportamental, labilitate emoțională. La investigațiile clinice și de laborator este pusă în evidență o anemie prin lipsă de aport: Hb. = 10 gr; hematii = 3.200.000; hipoglicemie. Celelalte probe au prezentat caracteristici normale.

Din anamneză s-au desprins unele aspecte: de mic copil prezenta curiozități alimentare, rezistență la consum de grăsimi, ouă, pîine, carne, dulciuri. Pe fondul unor conflicte psihologice evidente au început să apară restricții alimentare elective, apoi reduceri cantitative. După ingerarea unui aliment, copilul practica exerciții de gimnastică, se deplasa cu bicicleta pentru „a consuma mîncarea, să nu se depună pe corp". De remarcat și contrastul între aspectul fizic al mamei, obeză, preocupată de supraalimentație și cel al copilului, anemic, căruia îi este teamă să nu se îngrașe.

Din explorările efectuate a reieșit natura obsesional-fobică a personalității copilului, pe fondul unui intelect liminar. Prin intermediul probelor de diagnostic psihologic, în reprezentarea „Desenului familiei

mele", copilul se exclude sugerînd elocvent trăirile ascunse, un adevărat complex de inferioritate. Pentru copil tatăl este autoritatea restrictivă, iar sfera comunicărilor sale se limitează treptat ajungînd : apatic, pasiv, cu manifestări de eșec școlar. Tratamentul s-a impus în acest caz pe două planuri de interferență, biologic și psihologic. Astfel în vederea reducerii angoasei cu modificarea stărilor timide s-au administrat antidepresive, anabolizante : țioridazin, antideprin, vitamine. Iar ca procedee adjuvante am folosit psihoterapia individuală, cu tehnicile centrate pe dezvăluirea conflictelor interioare și eliberarea lor, caracteristică și susținută de antrenamentul autogen (Schultz). Pentru control și ajustare ex-facto, psihoterapia familială a deschis noi perspective relaționale. Copilul a fost urmărit pe parcursul a doi ani, perioadă în care au fost înregistrate manifestări contradictorii, schimbări de tip socio-afectiv. Dacă după primele ședințe de psihoterapie persistau : rigiditatea emoțională, autocontrolul în fața oglinzii prin care își verifica greutatea, proiecție falsă pentru un copil palid și slab, un prilej de recunoaștere a Eu-lui lăuntric, fragil și bolnav treptat, prin tehnica descoperirii pulsiunilor nedorite, îmbinată cu cea de persuasiune și susținută de procedeele de relaxare, au început să apară primele rezultate, comunicate favorabil de mama copilului. Pe plan afectiv copilul a devenit vioi, cu atracții noi, spre sport și, dacă inițial copilul resimțea ostilă personalitatea tatălui și indiferentă cea a mamei, pe parcurs s-a constatat o nouă orientare și chiar identificare cu acesta.

Dacă sub aspectul dependenței afective în prima fază a psihoterapiei s-a realizat relația empatică între terapeut și pacient, copilul manifestînd atracție pentru o posibilă identificare a idealurilor sale, frecventînd cu regularitate ședințele și participînd interesat la acestea, treptat s-a observat o ușoară desprindere atitudinală, cu reorientarea spre nucleul familial. Randamentul școlar al copilului a crescut concomitent cu reinserția sa socio-afectivă familială și școlară.

Psihoterapia a oferit în acest caz o nouă posibilitate de completare a terapiei biologice, eficientă sub aspect curativ.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Brînzei, P. : *Itinerar psihiatric*, Edit. Junimea, Iași, 1975.
2. Coudert, A. J. et Porot, M. : *Rev. Prat.*, Paris, 1980, t. 30, nr. 17, pp. 1113—1123.
3. Fau, R. : *Les groupes d'enfants et d'adolescents*, P.U.F., Paris, 1967.
4. Foulkes, S.H. et Anthony, E.Y. : *Psychotherapie de groupe*, Ed. de l'Epi, Paris, 1969.
5. Neculau, A. : *Grupurile de adolescenți*, E.D.P., București, 1977.
6. Popescu P.P. : *Dicționar de psihologie*, Edit. Albatros, București, 1978.
7. Predescu, V., Nica-Udangiu Șt., Nica-Udangiu L. : *Urgențe în psihiatrie*, Edit. Medicală, București, 1983.
8. Sen, A. : *Educație și terapie*, București, 1978.
9. Sîrbu, A. : *Psihiatrie clinică — Ghid alfabetic*, Edit. Dacia, Cluj-Napoca, 1979.

CHILDREN'S PSYCHOTHERAPY — CLINICAL AND ANAMNESTIC CONSIDERATIONS

Summary

In this paper we propose to present a case which we think specific to psychic pathology of the teenager and for an interdisciplinary approach to which the support therapy was seconded by the biological treatment which was completed with the psychological treatment. We speak abont neurotic development of the personality of a child who is 14 years old and who is in the 8th form in a general school in Botoşani. The pacient was followed up for two years, period in which the symtomatology suffered evident characteristic for the mental development period. The astonishment in the anamnesis of the etiological elements which favoured the appearance of the disorder permitted to adjust a recuperatory program, in a complex prescription : family — school — physician — psychologist.

SECȚIUNEA a II-a

TERAPIA PSIHIATRICĂ DIFERENȚIATĂ ȘI RELAȚIA COST — BENEFICIU — EFICIENȚĂ

DIFFERENTIATED PSYCHIATRIC THERAPY AND THE RELATION COST — PROFIT — EFFICIENCY

LIMITE ȘI PERSPECTIVE ALE STUDIILOR POPULAȚIONALE PROSPECTIVE ÎN PSIHIARTIE

V. Predescu, Șt. Nica-Udangiu

Institutul de Neurologie și Psihiatrie — București

REVOLUȚIA PSIHOFARMACOLOGICĂ ȘI DIVERSIFICAREA MIJloacelor psihoterapeutice și socio-terapeutice, pe de o parte, și abordarea multidisciplinară a bolilor psihice, pe de altă parte, au contribuit la constituirea psihiatriei moderne, care apare ca o sinteză interferențială a medicinii sufletului cu alte domenii ale cunoașterii, ca o rezultantă a eforturilor umane de a apăra și promova sănătatea mintală.

În acest context, se realizează sub ochii noștri trecerea treptată de la psihiatria predominant curativă la cea cu orientare dominant preventivă, trecere însoțită de următoarele transformări :

— *dezvoltarea psihiatriei epidemiologice cu introducerea unui nou mod de gîndire medicală* (completarea gîndirii clinice axată pe un singur subiect cu gîndirea epidemiologică adresată grupurilor și colectivităților) ;

— *dezvoltarea psihiatriei colectivităților umane* (psihiatria copiilor sau pedopsihiatria, psihiatria tinerilor sau juventopsihiatria, psihiatria adulților, psihiatria bătrînilor sau gerontopsihiatria, psihiatria elevilor sau psihiatria școlară, psihiatria studenților sau psihiatria universitară, psihiatria sportivă etc) ;

— *dezvoltarea psihiatriei ambulatorii* într-un sistem de strînsă colaborare cu psihiatria intensivă spitalicească, sistem multifuncțional capabil să abordeze studiul factorilor de risc și să pună în practică măsurile de psihoigienă și psihoprofilaxie.

Metoda epidemiologică aplicată în psihiatrie are o importanță egală cu metodele tradiționale clinice și de laborator (Șarikov, 1977). Cum bolile psihice sînt polietiologice și polipatogenice, factorii care intervin în geneza lor sînt atît de numeroși, încît este imposibilă reproducerea lor experimentală. În afară de rolul studiilor epidemiologice în fundamentarea științifică a programelor de psihoigienă și psihoprofilaxie (pe baza cunoașterii incidenței, prevalenței, experienței și a altor caracteristici ale fiecărei grupe de boli psihice), epidemiologia psihiatrică este estimată ca o cale de ameliorare a cunoștințelor noastre în domeniul etiopatogeniei (Lin și Standley, 1963). Deși nici studiile epidemiologice nu oferă suficiente posibilități pentru o „experimentare veritabilă", totuși putem obține o serie de date profitînd de „experiențele spontane", de modificările survenite în diferite colectivități umane, urmărind modelul în care aceste circumstanțe exterioare sînt capabile să producă sau să declanșeze diferite tulburări psihice.

Ca și în alte domenii, în psihiatrie trebuie să avem în vedere tipul de studiu epidemiologic pe care îl alegem în funcţie de obiectivele urmărite și de resursele disponibile pentru efectuarea investigaţiei și prelucrărilor necesare (personal, material, timp). *Epidemiologia descriptivă* (sau operaţională) se ocupă de obicei de stabilirea incidenţei și/sau prevalenţei bolilor psihice în raport cu variabilele sau caracteristicile temporale (anul, sezonul, luna, săptămîna, ziua), particularităţile de spaţiu (de mediul geografic sau cultural : ţară, regiunea geografică sau etnică, mediul urban sau rural, locul de muncă, mediul cultural etc.), variabile individuale (vîrstă, sex, ocupaţie, stare civilă, grad de instruire etc.). *Epidemiologia analitică* caută să stabilească legăturile de cauzalitate între frecvenţa tulburărilor psihice și diversele evenimente sau circumstanţe genetice sau mezologice (ambientale). *Epidemiologia comparată* se referă la investigaţiile paralele în diferite colectivităţi : populaţie rurală, urbană, copii/tineri, adulţi/vîrstnici, școlari/studenţi, muncitori/intelectuali, populaţia din mai multe regiuni sau din mai multe ţări etc.

Studiile pasive se bazează pe statisticile și pe înregistrările existente în spitalele de psihiatrie și în alte servicii de asistenţă a bolnavilor psihici. *Studiile active* implică abordarea directă a populaţiei luată în studiu. Aceste studii pot fi efectuate *pe teren* (studii în cîmp), sau se bazează pe investigări speciale (active) : metoda *registrului regional* ori a *registrului naţional*. Investigaţiile active efectuate pe teren, pot cuprinde întreaga populaţie *(studii epidemiologice exhaustive,* anchete globale), posibile numai la populaţii de dimensiuni reduse sau numai o parte din populaţie *(studii epidemiologice pe bază de eșantioane reprezentative).*

Eforturile și costul studiilor populaţionale exhaustive ori a celor pe bază de eșantioane pot fi diminuate prin folosirea testelor screening (aplicate de către medici ori de asistenţi) care vizează împărţirea populaţiei în două grupe : subiecţi suspecţi (care posibil prezintă tulburări psihice) și subiecţi nesuspecţi (care posibil nu prezintă suferinţe mintale).

Stabilirea sau verificarea acţiunii factorilor de risc se realizează prin studii epidemiologice longitudinale, retrospective sau prospective. *Studiile retrospective* se desfășoară „în trecut", pe baza anamneziei (studii anamnestice) și prin despuierea evidenţelor primare (sau cercetînd și bolnavii cuprinși în una din aceste evidenţe). În aceste studii investigaţiile încep după apariţia fenomenelor patologice ; apoi se cercetează cîţi subiecţi din fiecare grupă au fost expuși factorilor de risc.

Studiile prospective se desfășoară „în viitor". În aceste studii observaţiile încep înainte de apariţia fenomenului patologic. Populaţia supravegheată este împărţită în două grupe : unii subiecţi fiind expuși factorilor de risc, iar alţii nu sînt expuși ; după o perioadă de urmărire se calculează la cele două grupe frecvenţa cazurilor cu fenomene patologice (sau populaţia e divizată în două grupe în care, la unii subiecţi se introduc măsurile de ocrotire împotriva unor factori de risc, iar la alţi subiecţi nu se aplică aceste măsuri profilactice). Studiile prospective pot determina direct riscurile de expunere la îmbolnăvire.

Studiile epidemiologice prospective se aseamănă cu *studiile clinice catamnestice*, studii de urmărire atentă și îndelungată a modului cum evoluează diferite tulburări psihice pe parcursul întregii existențe a insului. Acest mod de abordare a bolilor a adus importante contribuții în istoria psihiatriei (fără această metodă, Kraepelin, de exemplu, nu ar fi putut să elaboreze sistemul său nosologic).

Metoda catamnestică și metoda epidemiologiei prospective sînt strîns legate de metoda observației clinice, însă în primele două se impune obligația cercetării pe o lungă durată de timp, observînd evoluția naturală ori sub tratament a diverselor boli psihice, modificărilor evolutive sub influența diferiților factori de risc, elementele care contribuie la o traversare existențială fără o afectare a funcțiilor psihice etc.

Studiile prospective sînt „studii longitudinale", studii de urmărire („follow-up study"), „studii de durată lungă" („les études à long terme"), studii de dinamică.

Aceste investigații, vizînd dezvoltările viitoare, constituie un punct de plecare pentru datele de viitorologie (futurologie, știință a previziunii, a explorării și cercetării viitorului).

Studiile prospective prezintă evidente avantaje însă sînt greu de realizat. Welford (1961) considera că aceste studii sînt posibile fără mari dificultăți la animale, dar la om studiile longitudinale „ideale" sînt aproape nerealizabile. Postelnicu și colab. (1969) arată că pentru realizare ar fi necesar ca un cercetător sau un grup de cercetători să manifeste întreaga viață interes pentru un astfel de studiu, iar după moartea lor activitatea să fie continuată de alții. O metodă „de compromis" (Welford, 1961) constă în efectuarea unor investigații longitudino-transversale cu examinarea transversală repetată la 5, 10, 20 de ani.

În aplicarea pe teren a cercetărilor prospective survin o serie de dificultăți legate de cooperarea populației, de menținerea interesului colectivelor luate în studiu față de investigația epidemiologică desfășurată pe o lungă perioadă de timp. Cercetările prospective ridică și o serie de întrebări etice și deontologice. Acțiunile de supraveghere a grupelor populaționale trebuie să evite producerea unor tulburări iatrogene. De asemenea, în aplicarea unor acțiuni profilactice, vom ține seama de recomandarea experților OMS, care au atras atenția că măsurile preventive introduse la nivel populațional trebuie să fie lipsite de nocivitate, riscurile posibile să fie rare și lipsite de gravitate în comparație cu riscurile bolii.

Una din dificultățile majore pe care le întîmpină încă epidemiologia psihiatrică este lipsa unui acord în definirea cazurilor psihiatrice, lipsa unor metode uniforme și sigure de diagnostic (elaborarea unor instrumente operaționale și tehnici standardizate de tipul DSM-III constituie un început promițător pentru psihiatria viitorului).

Unul din studiile prospective efectuate în cadrul O.M.S. este *„studiul pilot internațional asupra schizofreniei"*. Această investigație psihiatrică transculturală prospectivă a început în anul 1966 pe un număr de 1 202 bolnavi selecționați din nouă țări (China, Columbia, Danemarca, SUA,

India, Nigeria, Anglia, Cehoslovacia, URSS). Echipa de cercetare a fost condusă între 1965 și 1969 de Lin și ulterior de Sartorius. Studiul s-a desfășurat în trei faze : a) — faza de pregătire (august 1966 — noiembrie 1967) ; — pregătirea instrumentelor de lucru, selecția și stabilirea centrelor, traducerea instrumentelor de cercetare în limbile locale ale centrelor ; b) faza a doua (noiembrie 1967 — iunie 1969) : identificarea cazurilor, colectarea datelor, evaluarea primului rezultat ; c) faza a treia catamnestică, avînd ca scop urmărirea cazurilor. Pentru stabilirea diagnosticului cazurilor s-au utilizat trei metode : metoda clinică, diagnosticul prin program computerizat (de exemplu programul Catego al lui Wing și programul Diagno al lui Spitzer) și analiza factorială (tehnica „Cluster"). Studiul a avut următoarele obiective :

— stabilirea posibilității unei colaborări internaționale pe scară largă și pe termen lung într-o cercetare psihiatrică ;

— dezvoltarea și formarea unor instrumente și tehnici de cercetare standardizate ;

— stabilirea unor caracteristici similare la pacienții din diferite țări pentru elaborarea unei definiții transculturale a schizofreniei.

Există diverse tipuri de studii prospective. Studiile asupra gemenilor și studiile cazurilor de adopțiune au încercat să stabilească ponderea factorilor de risc genetici și nosologici în diferite tipuri de boli psihice. Datele înregistrate (indice de concordanță etc.) prezintă însă diferențe de la un autor la altul, diferențe explicate de dificultățile de selectare a seriilor randomizate de femei și de greutățile de a urmări perechile în cursul întregii perioade de risc pentru diferitele tulburări psihice.

Colectivele de cercetare din I.N.P. au efectuat mai multe studii de tip prospectiv. Dintre acestea amintim pe următoarele :

— Studiile prospective efectuate în cartierul Titan din capitală (Predescu și Șt. Nica-Udangiu — 1977 ; Nițurad și colab. — 1980) ;

— Studiile prospective realizate la populația studențească din centrul universitar București (Șt. Nica-Udangiu și colab. — 1981 ; Șt. Nica-Udangiu — 1983, 1984).

— Studiul particularităților de dezvoltare psihică a copiilor, prematuri etc.

Întrucît rezultatele acestor studii au fost prezentate în lucrări anterioare, subliniem doar că este necesară o continuare a acestora, deoarece doar investigațiile pe termen lung vor aduce unele clarificări în etiopatogenia maladiilor psihice.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Angheluță V., Nica-Udangiu Șt., Nica-Udangiu Lidia : *Psihiatrie epidemiologică*, Edit. Medicală, București, 1983.
2. Lin T., Standley C. : Cah. Santé Publique, OMS, 16, 1963.
3. Nica-Udangiu Șt. și col. : Rev. Roum. Neurol. Pshiyh. 1981, t. 19, nr. 1. p. 35—43.
4. Nica-Udangiu Șt. : Rev. Roum. Neurol. Pshyh. 1983. t. 21, nr. 2, pp. 115—120.

5. Nițurad Anton și colab. : Rev. Roum. Neurol. Psych. 1980, t. 18, nr. 4, pp. 280—296.
6. Predescu V., Nica-Urangiu Șt. : Rev. Roum. Neurol. Psych. 1977, t. 15, nr. 1, pp. 25—33.
7. Șarikov N. : Epidemiologie în „Schizofrenia" (sub red. Snejnevski A.) Georg Thiemem Leipzig, 1977.
8. Welford A. : *Le vieillissement de function psychologiques et psychophysiologiques,* Edit. de Centre national de la recherce scientifique, Paris, 1961.

LIMITS AND PERSPECTIVES OF POPULATIONAL PROSPECTIVE STUDIES IN PSYCHIATRY

Summary

The transition from predominantly curative psychiatry to predominantly prophylactic psychiatry has encouraged prospective-type researches, longitudinal studies extending over „future" periods, long-term studies of dynamics based on a careful follow-up for a long period of various population groups (groups that are or are not exposed to risk factors, groups that are or are not protected by various prophylactic measures atc.). However, it is rather difficult to perform such studies in spite of their advantages. On the one hand, because they are expensive ; on the other hand, because a large team of researchers have to focus their interest on a single problem for a long period of time. Moreover, a series of difficulties arise related to the cooperation of the population group studied, and also to the separation of the action of various risk factors.

CONSIDERAŢII PRIVIND ACŢIUNEA PSIHOFARMACOLOGICĂ A MIANSERINEI

V. Chiriţă, N. Cosmovici, P. Boişteanu, V. Hrimiuc, M. Şelaru, T. Pirozynski

Institutul de Medicină şi Farmacie Iaşi — Clinica de Psihiatrie. Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iaşi

INTRODUCERE. STUDII ŞI CERCETĂRI DE PSIHOFARMACOLOGIE (5, 6) caracterizează mianserina ca un antidepresiv cu structură tetraciclică (monoclorhidrat de 1, 2, 3, 4, 10, 14 b-hexahidro-2 metil-dibenzo (c, f), pirazino (1, 2 a) azepin) aparţinînd unei noi grupe de substanţe piperazino-azepinice diferită de antidepresivele triciclice şi maprotilină. Această diferenţă structurală influenţează proprietăţile sale fizico-chimice şi farmacologice conturînd atît efectul anxiolitic şi de stabilizator al timiei, cît şi lipsa efectelor anticolinergice şi de diminuare a funcţiilor cognitive (3, 4), fapt care recomandă mianserina în tratamentul depresiilor la vîrsta înaintată (1).

În raport cu datele psihofarmacologice ne vom referi în continuare la rezultatele unui studiu clinic asupra mianserinei efectuat în clinica de psihiatrie în scopul aprecierii eficienţei şi indicaţiilor terapeutice.

Material şi metodă. Mianserina, prezentată sub formă de Lerivon comprimate a 30 mg. s-a administrat pe o perioadă de patru săptămîni la un lot de 50 pacienţi de ambele sexe, cu vîrsta cuprinsă între 30—70 ani şi următoarea structură nosologică :

Nr. crt.	DIAGNOSTIC	Nr. de cazuri		
		Total	Masculin	Feminin
1.	Nevroză anxioasă cu decompensări depresive	12	4	8
2.	Ciclotimie cu decompensări depresive	8	5	3
3.	Neurastenie de involuţie	3	1	2
4.	Psihosindrom depresiv preinvolutiv şi involutiv	14	6	8
5.	Psihoze hipertimice (depresiv-melancolice)	10	4	6
6.	Psihosindrom discordant	3	2	1
7.	TOTAL	50	22	28

În prima săptămînă de tratament dozajul a fost de 30 mg/zi apoi, în funcţie de rezultatele clinice s-au administrat 60—90 mg/zi. Pentru corectarea tulburărilor de somn a fost necesară asocierea cu hipnotice sau tranchilizante inductoare ale somnului (noxyron 0,25 g sau nitrazepam 5—10 mg.

Observaţia clinică coroborată cu investigaţiile de laborator relevă o toleranţă bună la tratament, cu o incidenţă scăzută a fenomenelor secundare şi fără modificări ale constantelor biologice. Administrarea la persoane în vîrstă nu determină fenomene disurice, iar glaucomul nu constituie o contraindicaţie.

Evaluare. În scopul aprecierii eficienţei mianserinei în psihosindroamele depresive, la un număr de 25 pacienţi (13 de sex masculin şi 12 de sex feminin), s-a efectuat examinarea psihologică repetată la 0 — 7 — 14 — 21 zile prin aplicarea scalei „Hamilton psychiatric rating scale for depression" (2). Gruparea rezultatelor obţinute permite stabilirea a două variante psihostatistice pe eşantionul menţionat, care oferă posibilitatea configurativă a valorii tendinţelor în scala Hamilton.

Analiza pe verticală, care sintetizează valorile tendinţelor totale ale scalării pe cele patru investigaţii, relevă în funcţie de saturaţia punctajului, o descreştere a valorilor totale în raport cu examinarea iniţială, fapt care atestă o acţiune eficientă a lerivonului în psihosindroamele depresive. De asemenea, evaluarea statistică pe 21 tendinţe în dinamica aplicării scalei Hamilton, evidenţiază, raportat la media valorilor saturate, că în a patra investigaţie tendinţele rămîn în configuraţie diminuată faţă de primele trei investigaţii.

Rezultate. În raport de afecţiunea psihică şi starea clinică se poate remarca o acţiune bună a mianserinei în decompensările depresive pe fond ciclotim, neurastenie, nevroză anxioasă cu decompensări depresive, psihosindroame depresive preinvolutive şi involutive. În psihosindroamele hipertimice depresiv-melancolice a fost necesară asocierea de neuroleptice, iar în psihosindroamele discordante rezultatele nu sînt concludente.

În ceea ce priveşte acţiunea asupra elementelor psihopatologice, se evidenţiază o influenţă pozitivă asupra sentimentului de culpabilitate, anxietăţii, depresiei, tendinţelor suicidare şi inhibiţiei psihomotorii, efecte care diferenţiază mianserina ca un antidepresiv anxiolitic şi stabilizator al timiei.

Cu referire la cazuistica abordată se constată că doza optimă la care se obţine efectul scontat este de 30—60 mg/zi, iar doza de 30 mg poate fi administrată timp îndelungat ca tratament de întreţinere în scopul consolidării rezultatelor terapeutice şi prevenirii recăderilor.

Concluzii. Datele preliminare cu referire la lotul studiat, sub unghiul observaţiei clinice şi al investigaţiei psihologice, permit următoarele concluzii orientative :

1. Administrarea în doze moderate de 30—60 mg mianserină relevă o maniabilitate bună şi toleranţă la tratament cu efect anxiolitic şi antidepresiv.

2. Corelarea observaţiei clinice cu investigaţia psihologică evidenţiază o serie de aspecte ca :

— ameliorarea evidentă a următoarelor tendinţe : culpabilitate, suicid, nelinişte psiho-motorie, anxietate somatică, simptome gastro-intestinale, ideaţie interpretativă ;

— ameliorarea ușoară în ceea ce privește starea de depresie, dificultatea de adormire, randamentul individual, anxietatea psihică, ipohondria, derealizarea și simptomele obsesive.

3. Rezultatele preliminare evidențiază eficacitatea mianserinei în psihosindroamele depresive endogene sau reactive, neurastenie și psihosindroame depresive preinvolutive și involutive.

4. Administrarea în cazurile indicate necesită uneori potențarea cu hipnotice în funcție de fiecare caz în parte.

5. Prin comparație cu antidepresivele triciclice de tipul amitriptilinei, mianserina nu produce somnolență diurnă, nu este miorelexantă, nu scade vigilența și puterea de concentrare.

6. Absența efectelor secundare și toleranța bună permit administrarea ambulatorie și pe durată mai mare de timp.

7. Produsul este lipsit de toxicitate și nu modifică hematopoeza, funcția hepatică și renală.

Rezultatele studiului nostru privind acțiunea psihofarmacologică a mianserinei relevă eficiența terapeutică în psihosindroamele depresive, cuantificată atît prin investigația psihologică repetată, cît și prin evoluția clinică.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Fleischhauer J. : Curr. Med. Res. Opin., 1980, vol. 6, Suppl. 7, pp. 139—143.
2. Hamilton M. : J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, 1960, 23, p. 56.
3. Hopman H. : Curr. Med. Res. Opin.. 1980, vol. 6, Suppl. 7, pp. 107—114.
4. Kopera H. : Curr. Med. Res. Opin., 1980, vol. 6, Suppl. 7, pp. 132—138.
5. Leonard B. E. : Acta Psychiatr. Belg., 1978, 78, p. 770.
6. Riezen H., Burg W. J. : Acta Psychiatr. Belg., 1978, 78, pp. 756—769.

CONSIDERATIONS REGARDING THE ACTION OF MYASERIN

Summary

The active principle of myaserin belongs to a new series of piperasino-azepinic compounds having a tetra-cyclic structure different from tri-cyclic anti-depressives or maprolytin. The doses given in the psychiatric in a sample of 50 pacients reveal an efficient action in depressive psycho-syndromes, confirmed by clinical evolution and psychological check up. The results obtained bring into relief the anti-depressive and anxiolythic effect as well as the loss of anticholinergic and the decrease of cognitive function effect a fact that restricts the sphere of counter-indications and recommand myanserin for the treatment of the depressions of senescence.

TIMOLEPTICE ÎN PRIZĂ UNICĂ ÎN TRATAMENTUL AMBULATOR

C. Gorgos, F. Tudose, C. Tudose, M. Ştefănescu, G. Mihăilescu

Centrul de Sănătate Mintală Titan—Bucureşti

MEDICAŢIA ANTIDEPRESIVĂ RIDICĂ PROBLEME DEOSEBITE NU numai în alegere ci şi în administrarea propriu-zisă mai ales în condiţiile ambulatoriului. Printre criteriile de alegere cel al posologiei, care poate nu pare important pentru terapeut, va fi cu siguranţă pentru pacientul depresiv. Chiar elementele tabloului depresiv sînt cele care fac să scadă complianţa, crescînd riscul ca medicaţia prescrisă să nu fie administrată corect sau să nu fie administrată deloc.

Pornind de la aceste considerente ne-am oprit în lucrarea de faţă la posologia antidepresivelor (urmărind linia descrisă în 1972 de Ayd şi urmată de Davis, Ruvell, Scoville, Predescu ş.a.) şi am făcut un studiu comparativ între loturi de bolnavi depresivi trataţi cu antidepresive în doze fracţionate în prize unice. Comparaţia s-a făcut pe loturi de cîte 100 bolnavi trataţi cu imipramină în doze de 50 mg × 2/zi şi 100 de mg în priză unică dimineaţa şi amitriptilină 25 mg × 3/zi faţă de administrarea în doză unică seara.

Loturile au fost selecţionate dintre bolnavii internaţi în Centrul de sănătate mintală Titan cu diagnostic de depresie fără a se insista asupra etiologiei depresiei — loturile avînd drept condiţie de constituire, prezenţa unui scor mai mare decît 15 pe scala Hamilton şi nu mai mare de 35 (bolnavii cu scoruri mai severe au fost incluşi în lot considerîndu-se necesară instituirea unei terapii mai complexe).

S-au evitat pe cît posibil terapiile asociate (altele în afară de cele rooborante) iar cînd asocierea s-a impus, aceasta s-a făcut strict în cadrul posologiei stabilite pentru depresie (doză unică sau multiplă).

Scalele de depresie Hamilton au fost completate în zilele 0, 7, 14, şi 21 ale tratamentului de acelaşi medic.

Au fost de asemenea evaluate prezenţa sau absenţa efectelor adverse precum şi felul în care acestea erau resimţite de bolnav : tolerabile, greu tolerabile. intolerabile.

De asemenea s-a cerut subiecţilor să aprecieze dificultatea tratamentului : simplu, complicat, foarte complicat.

Repartiţia bolnavilor pe grupe de vîrstă în cele 4 loturi a fost următoarea :

	20—29	30—39	40—49	50—59	60
Antideprin 2 x 50	9	38	46	6	1
Antideprin 100 mg	7	42	41	8	2
Amitriptilină 3 x 25	14	35	32	16	3
Amitriptilină 75	11	27	41	20	1

După cum se vede loturile au fost omogene ca structură de vîrstă, diferențele statistice fiind nesemnificative.

Repartiția după indicele de gravitate evaluat pe scala Hamilton a fost de asemenea omogenă :

	16—20	21—25	26—30	31—35
AD x 2	24	27	36	13
AD x 1	22	28	38	12
AMT x 3	19	25	37	19
AMT x 1	17	28	40	15

Rezultatele cercetării noastre au fost legate de eficacitatea tratamentului evaluată clinic și prin scala Hamilton cît și prin prezența efectelor adverse și a acceptabilității tratamentului. Le vom discuta separat pentru cele două antidepresive.

	F. Bune	Bune	Slabe	Nule
Antideprin x 2	35	41	14	10
Antideprin x 1	33	47	15	5

Efecte adverse	Tolerabile	Greu tolerabile	Intolerabile
AD x 2	25	10	4
AD x 1	23	12	6

Acceptabilitatea tratamentului a fost în cazul imipraminei repartizată astfel :

	SIMPLU	COMPLICAT	F. COMPLICAT
AD x 2	80	15	5
AD x 1	94	4	2

În cazul amitriptilinei rezultatele se prezintă astfel :

Rezultate	F. Bune	Bune	Slabe	Nule
AMT x 3	20	37	22	21
AMT x 1	24	38	24	14

Efecte adverse	Tolerabile	Greu tolerabile	Intolerabile
AMT x 3	17	23	3
AMT x 1	12	7	4
Acceptabilitatea	**Simplu**	**Complicat**	**F. complicat**
AMT x 3	65	21	14
AMT x 1	88	7	5

Analiza rezultatelor arată că nu există diferenţe semnificative în cazul aceluiaşi produs în ceea ce priveşte rezultatele terapeutice, ele fiind sensibil egale şi fără semnificaţie statistică.

Diferenţe se înregistrează în ceea ce priveşte efectele adverse în cazul amitriptilinei. Acest lucru se datoreşte somnolenţei pe care aceasta o provoacă adesea în administrare diurnă.

În ceea ce priveşte efectele adverse intolerabile ele au apărut cu totul sporadic în cazul imiprimaminei cît şi al amitriptilinei — nefiind legate de modul de administrare.

Acceptabilitatea a diferit semnificativ în cazul celor două moduri de administrare, cel în priză unică fiind apreciat mult mai bine de către pacienţi. Totuşi a trebuit depăşită uneori bariera psihologică existentă în faţa administrării unui medicament „în doze foarte mari" după părerea pacienţilor. Acest impediment este legat de o mai veche şi cronică deficienţă : modul de prezentare monoton din punct de vedere al dozelor care afectează nu numai antidepresivele, ci majoritatea psihotropelor aflate în circulaţie.

Sîntem convinşi că rezultatele ar fi suferit încă o corecţie în favoarea dozei unice prin această prezentare elastică.

Concluzii. Doza unică de antidepresive triciclice este recomandabilă în tratamentul ambulator. Fără a modifica rezultatele terapiei ea îmbunătăţeşte complianţa şi oferă confort terapeutic.

Acceptabilitatea acestei posologii este superioară şi poate fi îmbunătăţită. Nu există argumente clinice sau psihologice serioase pentru tratamentul în mai multe prize.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Costa D., Tudor T. : *Psihofarmacologie în practica medicală* Edit. Militară, Bucureşti, 1982.
2. Deniker P., Ginestet D., Lôo H. : Maniement de psychotropes Edit. Doin, Paris, 1980.
3. Gardos G., Laury G. V., Perenyi A. : Méd et Hyg No. 1430, pp. 2346—2351, 1981.
4. Ginestet D., Peron Magnan P. et coll. : *Abrégé chimiothérapie psychiatrique* Edit. Masson, 1979.
5. Gold M. S., Carter Pottash : Méd et Hyg., 1981, nr. 1430. pp. 2351—2360.
6. Gorgos C., Tudose F., Antonescu Botezat I., Antonescu Botezat L. : *Vademecum în psihiatrie,* Edit. Medicală, Bucureşti, 1985.

7. Hamilton M.: *Méthodologie de l'appréciation de l'efficacité des antidépresseurs* — Monte Carlo, 1979.
8. Predescu V., Alexandrescu L., Rev. Neuro. Psih. 1980, nr. 3, pp. 161—185.
9. Scotto J. C., Bougerol Th. in: *La maladie dépressive*, Edit. CIBA, Paris, 1983.
10. Zarifian E., Chche H.: Sem Hôp. Paris, 1981, t. 57, nr. 15—16, pp. 787—790.

SINGLE DOSE THYMOLEPTICS IN OUT-PATIENT CLINIC TREATMENT

Summary

The matters connected with the compliance of antidepressive drugs a ministration have generated a comparative study pertaining to the posology of the *imipramine* and *amitriptiline* either in multiple doses or in daily single doses.

This study has already proved there are no significant differences between the two types of posologies as to their efficiency, the compliance of the single dose being utterly superior. The authors recommend single dose as an elective posology in out-patient treatment.

DATE COMPARATIVE PRIVIND MEDICAȚIA ANXIOLITICĂ ÎN TERAPIA STĂRILOR DEPRESIVE

V. Chiriță

Institutul de Medicină și Farmacie — Iași
Clinica de Psihiatrie

INTRODUCERE. PSIHOPATOLOGIA STĂRILOR DEPRESIVE (1, 3, 6) implică pe de o parte o atentă evaluare anamnestică, clinică și de investigație psihologică, iar pe de altă parte o abordare terapeutică diferențiată în raport cu dinamica clinică. Studiul comparativ al medicației antidepresive (4, 9) contribuie la cunoașterea efectelor terapeutice și eficienței clinice (2, 5, 7), al indicațiilor și contraindicațiilor, oferind posibilitatea individualizării conduitei de tratament (8).

În acest sens ne vom referi la datele unui studiu clinic comparativ efectuat în clinica de psihiatrie asupra a trei anxiolitice frecvent administrate în stările depresive : imipramină (antideprin), melitracen (trausabun) și mianserină (lerivon).

Material și metodă. Preparatele introduse în studiu au fost administrate unui lot de 125 pacienți de ambele sexe, în vîrstă de la 20 la 70 de ani, dintre care 35 au primit antideprin, 40 trausabun și 50 lerivon. Cazuistica a fost diagnosticată în conformitate cu CIB-9 și a inclus psihoze hipertimice depresiv-melancolice, psihosindroame depresive de involuție, depresii nevrotice și stări depresive atipice.

Tratamentul s-a administrat pe cale orală în doze de 50—150 mg/zi antideprin, 75—100 mg/zi trausabun și 30—90 mg/zi lerivon, pe o durată medie de 20—30 zile. Pentru corectarea tulburărilor hipnice s-au asociat în caz de necesitate tranchilizante inductoare ale somnului (nitrazepam 5—10 mg sau noxyron 0,25 g.).

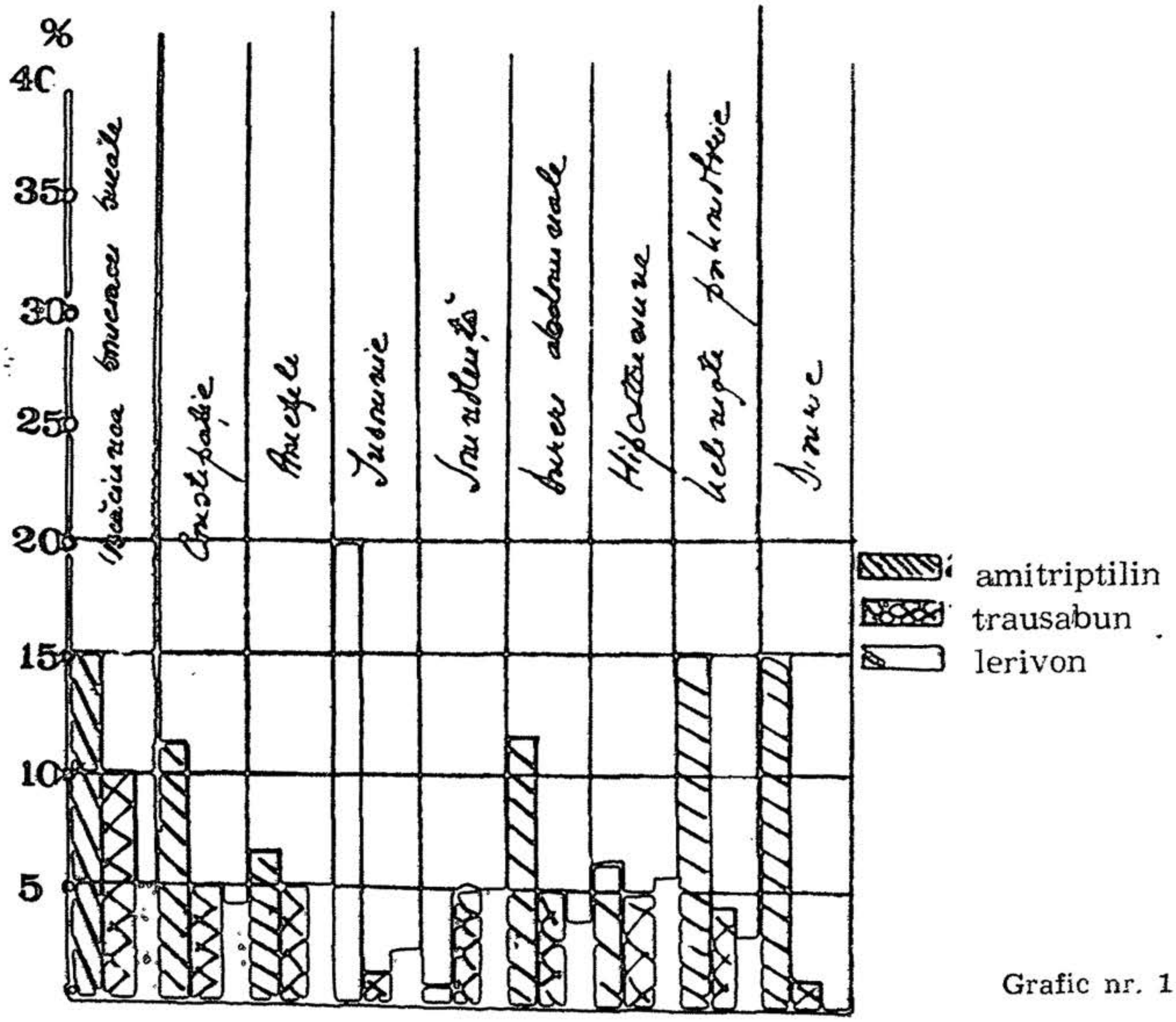
Evaluare. Investigarea și analiza subiecților tratați a avut în vedere următorii parametri :

— starea clinică înainte de începerea tratamentului și precizarea diagnosticului ;
— inventarierea încărcăturii psihopatologice ;
— determinarea constantelor biologice ;
— înregistrarea EEG, EKG, TA și examenul de fund de ochi ;
— notarea efectelor secundare ;
— influența asupra elementelor psihopatologice (la 7 — 14 — 21 zile) ;
— eficacitatea medicamentelor în afecțiunile psihice incluse în lotul de cercetare ;
— aprecierea dozajului optimal. ;

Observația clinică coroborată cu investigațiile paraclinice relevă în toate cazurile o toleranță bună și o maniabilitate largă. Nu s-au semnalat reacții adverse medicamentoase care să impună întreruperea tratamentului.

Rezultate. Determinarea constantelor biologice efectuate la începutul și sfîrșitul tratamentului nu a evidențiat alterări ale testelor de disproteinemie, TGO, TGP și electroforezei sau modificări ale ionogramei, hemoleucogramei, glicemiei și sumarului de urină. Electroencefalograma, electrocardiograma și examenul fundului de ochi nu prezintă modificări la sfîrșitul perioadei de tratament comparativ cu înregistrările efectuate înaintea începerii tratamentului. Tensiunea arterială, înregistrată la 0 — 7 — 14 și 21 zile scade ușor la mijlocul și sfîrșitul perioadei de tratament.

Efectele secundare au fost rare și inconstante, constînd mai ales în uscăciunea gurii, constipație, dureri abdominale, disurie, insomnie și neliniște psihomotorie în cazul antideprinului : senzație de vomă, uscăciunea mucoaselor, dureri abdominale, vertij în cazul trausabunului ; somnolență și hipotensiune în cazul lerivonului (grafic nr. 1). Totodată se recomandă prudență în administrarea antideprinului la pacienții vîrstnici

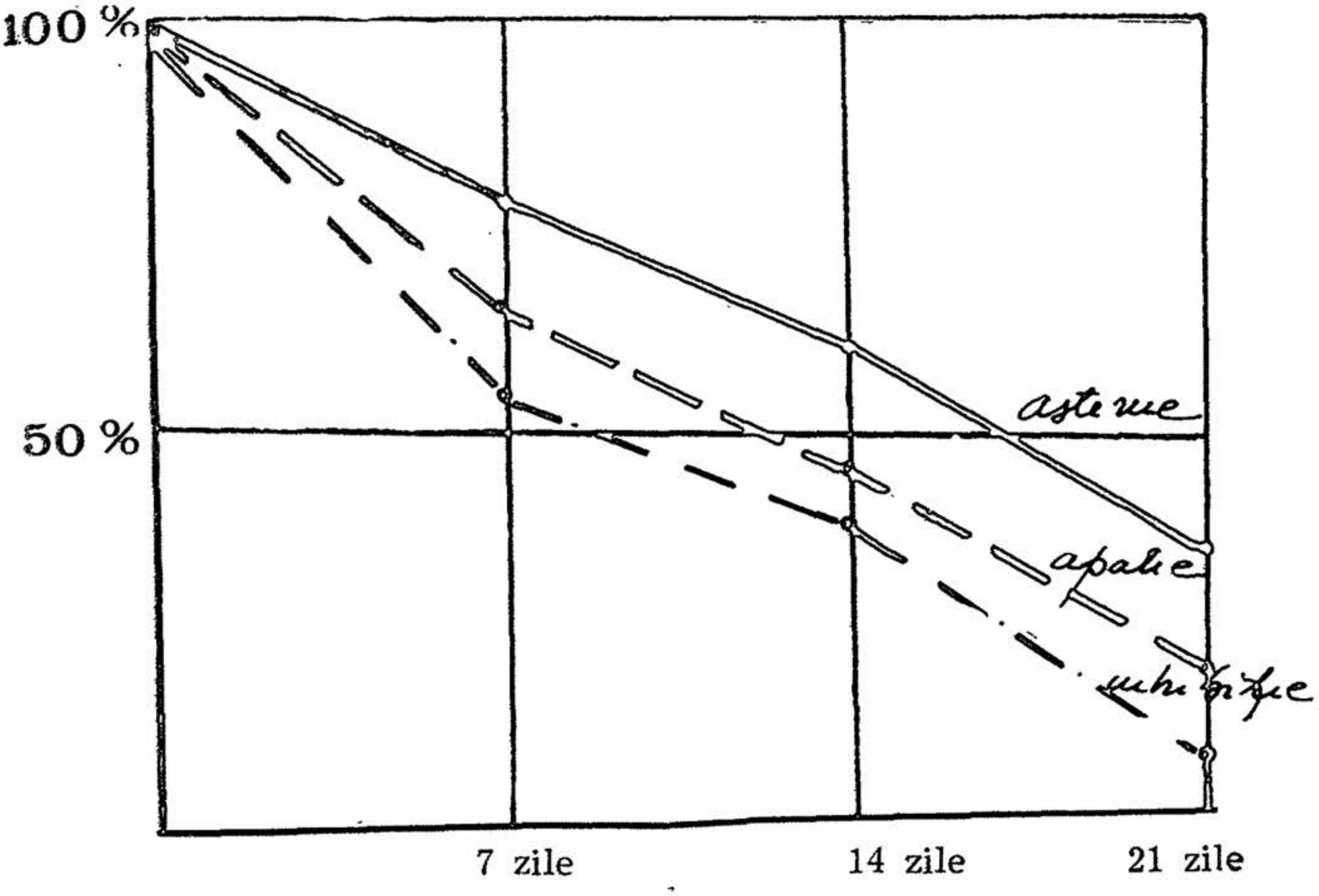


Grafic nr. 1

de sex masculin cu adenom de prostată la care riscul retenției urinare este crescut, în timp ce tratamentul cu trausabun și lerivon nu determină fenomene disurice, iar glaucomul nu constituie o contraindicație pentru lerivon.

În ceea ce privește efectul anxioliticelor studiate în administrare orală se remarcă, în funcție de intensitatea stării depresive și dinamica clinică, o acțiune bună în depresia nevrotică, psihosindroamele de involuție și o eficiență moderată în psihozele hipertimice depresiv-melancolice care necesită asocierea de neuroleptice.

Analiza și urmărirea cazurilor permite aprecierea eficienței asupra diferitelor simptome psihopatologice. Astfel antideprinul influențează îndeosebi inhibiția psihomotorie, apatia, astenia și fatigabilitatea (grafic nr. 2), trausabunul reduce neliniștea anxioasă, tensiunea afectivă și acu-



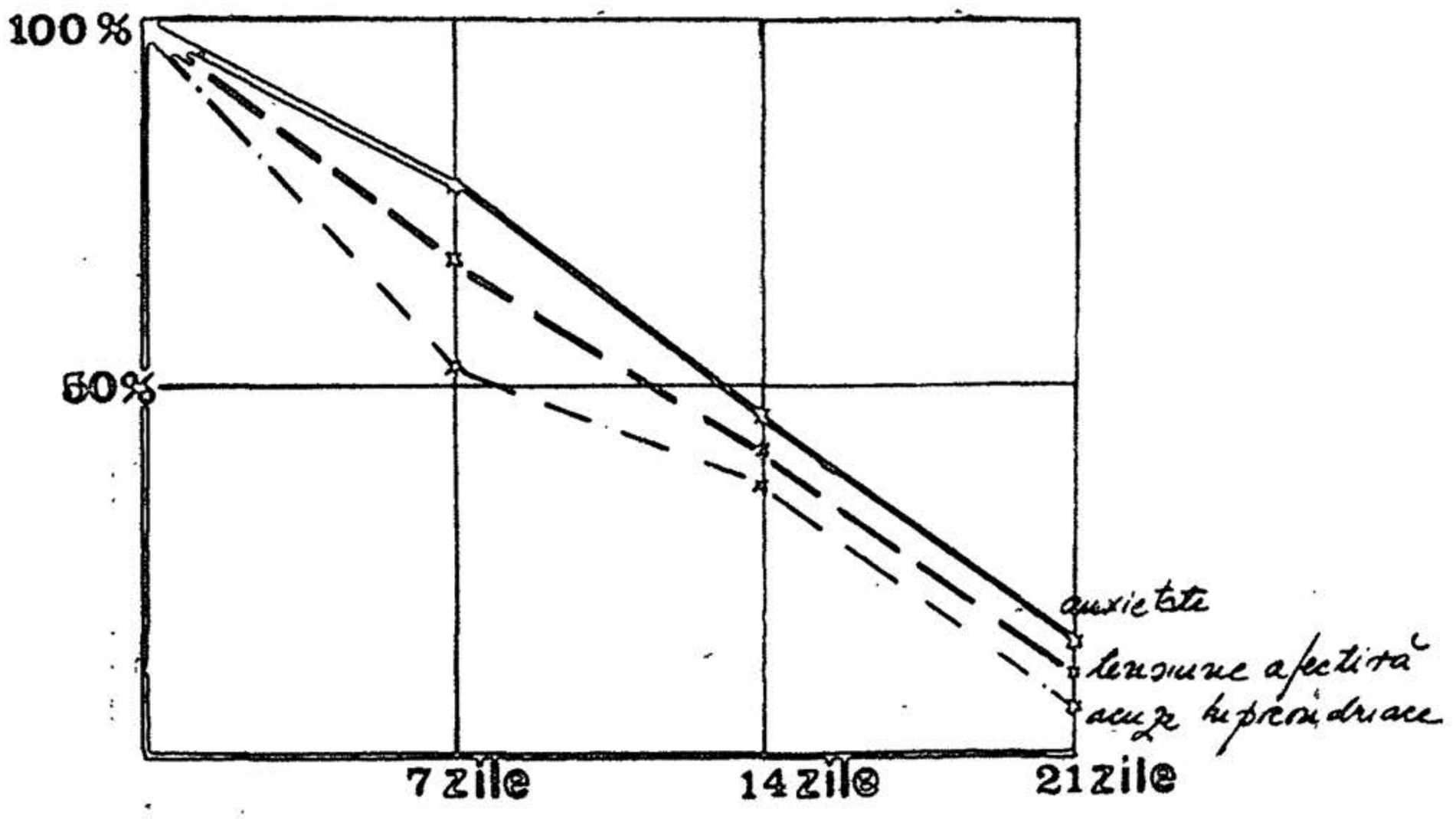
Grafic nr. 2

zele hipocondriace (grafic nr. 3), iar lerivonul are o influență pozitivă asupra angoasei, neliniștei psihomotorii, tendințelor sucidare și sentimentului de culpabilitate fără a scădea vigilența și puterea de concentrare (grafic nr. 4).

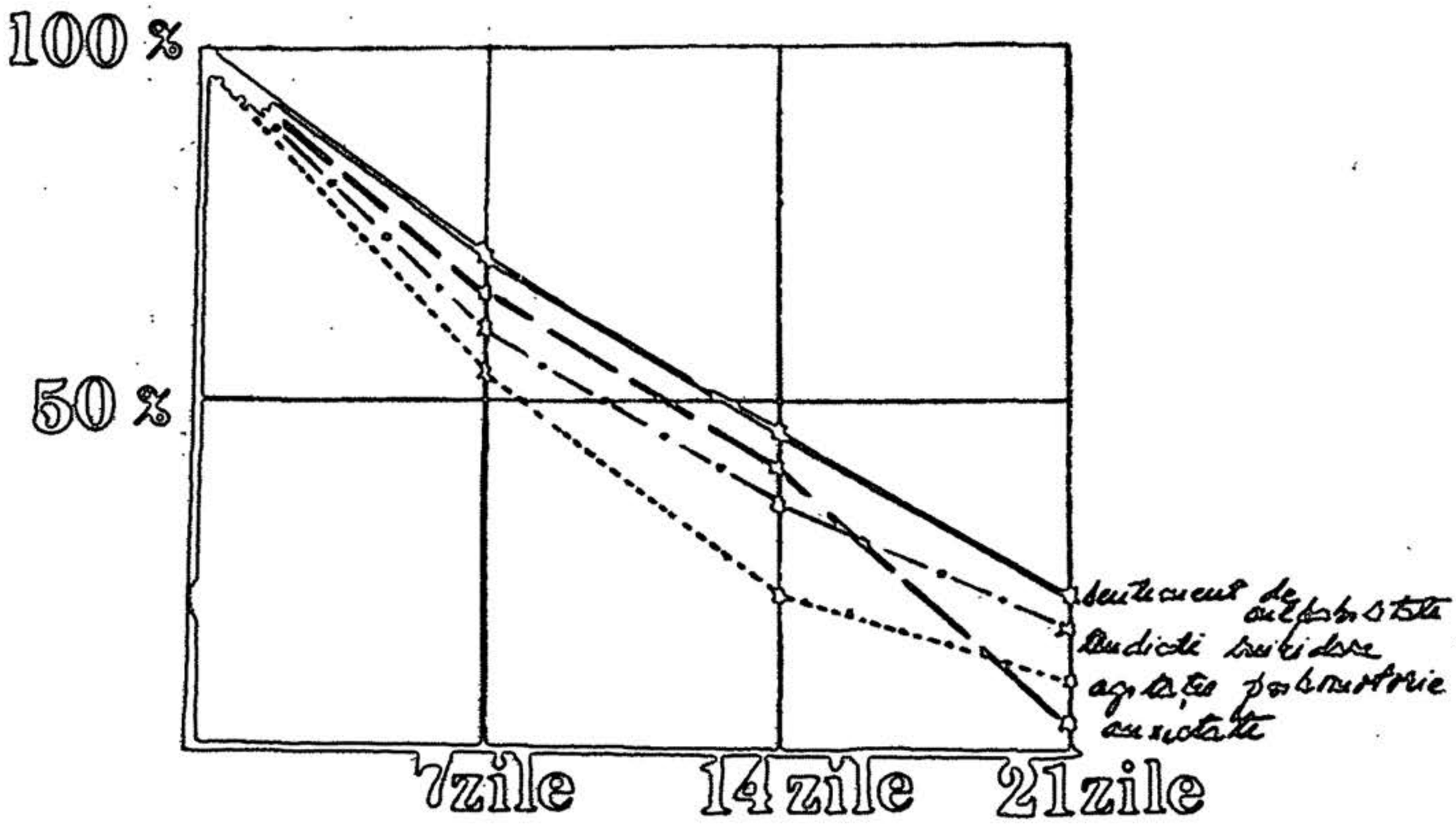
În funcție de dozele administrate se constată cu referire la lotul studiat că dozajul optim la care se realizează efectul terapeutic este de 100—150 mg/zi antideprin, 75—100 mg. trausabun și 60—90 mg. lerivon.

Concluzii. Evaluarea concluzivă a rezultatelor clinice în raport de evoluție, durata tratamentului, gradul ameliorării și efectele secundare

relevă o serie de diferențe între cele trei preparate studiate. În ansamblu se poate evidenția eficiența mai bună a antideprinului în stările depresive cu coloratură hipocondriacă și a lerivonului în stările depresiv-anxioase și psihosindroamelor depresive de involuție. Aceasta reliefează necesitatea administrării medicației anxiolitice în raport cu dinamica și



Grafic nr. 3



Grafic nr. 4

starea clinică, remarcîndu-se incidența scăzută a efectelor anticolinergice ale mianserinei. Rezultatele studiului efectuat ne permit opțiunea preferențială pentru lerivon, considerînd că posibilitatea administrării parenterale ar aduce mari beneficii tratamentului stărilor depresive.

Dispensarizarea cazurilor tratate și controlul periodic la interval de 1—3 luni timp de 1 an a permis administrarea unui tratament ambulator de întreținere la un dozaj de 5z—75 mg/zi antideprin sau trausabun și 30 mg/zi lerivon, fapt care a condus la consolidarea rezultatelor terapeutice și prevenirea recăderilor. Se reliefează astfel necesitatea continuității planului terapeutic care este legată în mod direct de accesibilitatea la medicamentul indicat în raport de starea clinică și dinamica evolutivă.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Brânzei P., Sîrbu Aurelia :*Psihiatrie*, E.D.P., București, 1981.
2. Cotrău M.: Toxicologia substanțelor organice, editat de Ministerul Ind. Chim. București, 1985.
3. Kielholtz P.: Etats dépressifs. Editions Hans Huber, Berne, 1972.
4. Kretschmar J.H.: Curr. Med. Res. Opin., 1980, vol. 6, Suppl. 7, pp. 144—150.
5. Matussek N.: Curr. Med. Res. Opin., 1980, vol. 6, Suppl. 7, jj. 5—11.
6. Pirozynski T.: Elemente de psihiatrie, I.M.F., Iași, 1980.
7. Predescu V., Costa D.: Neurol., Psihiat., Neurochir., București, 1979, nr. 2. pp. 91—94.
8. Predescu V., Costa D.: Neurol., Psihiat., Neurochir., București, 1979, nr. 4, pp. 265—271.
9. Pull C.B., Pichot P., Pull M.C., Dreyfus J.F.: Curr. Med. Res. Opin., 1980, vol. 6, Suppl. 7, pp. 81—87.

COMPARATIVE DATA REGARDING ANXIOLYTHIC MEDICATION IN THE THERAPY OF DEPRESIVE STATUS

Summary

The increase of the incidence of depressive states implies a differenciated therapeutic approach in agreement with the clinical state and the dinamics of evolution. In this respect the data of a comparative survey of the anxiolythic medication carried out in a sample of 125 pacients with representative nosologic structure allow estimations regarding the clinic efficiency and selection indeces. Thus, it is seen the efficiency of imipramyn for the depressive states with the predominance of psycho-motor inhibition, of melytracen for neurotic depressions with hypochondrial tint and of myanserin for anxious depressive states and depression psychosyndromes of involution. It is brought into relief the necessity of a differential administration of anxiolythic medication.

AVANTAJELE NEUROLEPTICELOR-„DEPÔT“ ÎN RECUPERAREA BOLNAVILOR SCHIZOFRENI

Șt. Nica-Udangiu, Lidia Nica-Udangiu

Institutul de Neurologie și Psihiatrie — București

INTRODUCEREA ÎN PRACTICA PSIHIATRICĂ A NEUROLEPTICE-lor cu durată lungă de acțiune (neuroleptice depôt) a fost etichetată ca „a treia revoluție în psihiatrie“ (Grozier, 1973). În 1962 au fost publicate primele lucrări experimentale pe animale, iar în 1963 s-a utilizat practica psihiatrică primul neuroleptic-depozit, enantatul de flufenazină (studiul lui Kinross Wright, 1963). În anii următori studiile referitoare la enantatul de flufenazină se înmulțesc (Kurland și colab., 1964, Kline și Simpson, 1964, Barsa și Saunders, 1965). Arsenalul psihofarmacologiei s-a îmbogățit apoi treptat cu alte tipuri de produse :

— din grupa fenotiazinelor :

Decanoatul de flufenazină (Modecate depôt, Lyogen-depôt, Anatensol-decanoat etc.) experimentat prima dată în 1965 de Simpson și colab. ;

Undecilenatul de pipotiazină (Piportil M 2), neuroleptic piperidinat asemănător tioproperazinei (Majeptil), lansat în urma studiului clinic efectuat de Broussole și colab., în 1968 ;

Palmitatul de pipotiazină (Piportil L 4) studiat clinic prima dată de Lambert în 1970 ;

— din grupa tioxantenelor :

Decanoatul de flupentixol (Fluanxol-depôt, Emergil, Depixol etc.)

Decanoatul de clopentixol (Sordinol) ;

— din grupa butirofenonelor :

Fluspirilen (IMAP), sintetizat de Janssen și studiat clinic de Haase și colab., în 1968 ;

Penfluridol (SEMAP), neuroleptic depôt utilizabil pe cale orală.

Aplicarea neurolepticelor-depozit în practica medicală a permis obținerea unor reinserții de mai bună calitate, de durată mai lungă și la un număr mai mare de bolnavi schizofreni. Răspîndirea largă a neurolepticelor cu durată lungă de acțiune este legată de o serie de avantaje farmacologice, clinice, psihologice. Tehnica tratamentului cu neuroleptice-depôt este mult mai simplă (după Zaragozza și Burner, 1974, aceste produse au simplificat mult „munca medicului și viața bolnavului“). Este cunoscut că în terapia de întreținere cu psihotrope standard medicul

trebuie să recomande un număr mare de medicamente. Acest fel de tratament, cu frecvente administrări, este greu de urmat chiar de către pacienții docili și supravegheați de familie. Administrarea la intervale mai mari și sub formă injectabilă a neurolepticului a permis tratamente de întreținere și la pacienți cu nivel educativ mai scăzut, la cei care trăiesc singuri, la pacienții necooperanți, la cei lipsiți de o supraveghere familială. Simplificarea schemei terapeutice prin administrări la 2—6 săptămîni a diminuat deci eforturile de supraveghere a tratamentului și a dat posibilitatea aplicării terapiei la pacienți mai puțin cooperanți ; de asemenea, neurolepticele cu acțiune prelungită permit regularitatea tratamentului, continuitatea tratamentului și siguranța efectuării tratamentului. Chimioterapia cu durată lungă de acțiune realizează „o stare farmacologică mult mai continuă și stabilă, ale cărei variații sînt mai lente", posologia fiind modificată destul de rar. (Péron-Magnan și Feline, 1974). Administrîndu-se sub formă injectabilă (cu excepția penfluridolului = Semap) există posibilitatea unui mai bun control asupra tratamentului. Studiile referitoare la abaterile pacienților de la tratamentul prescris (prin interogare, calculul tabletelor, cromotografie, teste colorimetrice, izotopi marcați etc.) au arătat că aproximativ 15—20% dintre pacienții spitalizați și 50% din pacienții externați iau medicamentele intermitent, neregulat, discontinuu, la întîmplare, în doze insuficiente, fără a se respecta formula terapeutică indicată (Blackwell, 1973).

Majoritatea avantajelor terapiei cu neuroleptice-depozit decurg din eficacitatea unor doze reduse de medicament. Într-un tratament cu neuroleptice cu lungă durată de acțiune riscul toxicității este mai redus, întrucît posologia globală este mult mai mică în comparație cu cea a neurolepticelor standard. De obicei, 25 mg. de enantat de flufenazină are aceeași eficacitate cu 7 000 mg de flufenazină standard (Ayd, 1973). Doza anuală într-un tratament de întreținere cu decanoat de flupentixol este în medie de 250 mg, cea de decanoat de flufenazină în medie de 500 mg, pe cînd cea de clorpromazină variază între 27 300 și 145 600 mg, iar cea de tioridazină între 72 800 și 218 400 (Grozier, 1973). Nu există pînă în prezent o explicație sigură a eficienței dozelor mici de substanță-depozit, deși au fost propuse mai multe ipoteze : rată de absorbție diferită, metabolism diferit sau un mod diferit de acțiune. Medicamentul activ ar fi eliberat progresiv „ca o perfuzie lentă" (Fouks și colab., 1968) cu nivel sanguin constant, evitîndu-se astfel variațiile mari de dozaj constatate la medicația orală. Se consideră, de asemenea, faptul că neurolepticele injectabile sînt absorbite în sînge, și ajung la creier, ocolind ficatul, care inactivează mai mult medicamentele administrate pe cale orală. Acidul gras, suportul medicamentelor-depôt, ar facilita trecerea prin membranele celulare, realizînd o mai bună concentrație intracelulară. De asemenea, substanța depôt ar fi stocată electiv în zonele cerebrale active (Predescu și Nica-Udangiu, 1975).

O importanță deosebită o au implicațiile psihologice ale terapiei cu neuroleptice cu durată lungă de acțiune. Majoritatea bolnavilor preferă

injecțiile, deoarece sînt considerate mai active, fiind mult mai valorizate decît prescripțiile orale (există însă pacienți care preferă medicația orală). Chiar pacienții mai puțin cooperanți acceptă mai ușor injecțiile în locul ingestiei zilnice a zecilor de tablete ori a sutelor de picături. Faptul că insul „nu are nevoie de tratament zi de zi" (Gorgos și colab., 1985) este analizat de bolnav ca un „semn bun", ca o dovadă că organismul și personalitatea are doar unele zone, unele insule morbide, care impun o terapie de întreținere.

Eficiența profilactică a tratamentelor cu neuroleptice depozit (cu durată lungă de acțiune) a fost demonstrat prin următoarele date :

— compararea spitalizărilor la un eșantion de bolnavi, înainte și după începerea tratamentelor cu neuroleptice depozit ;

— oprirea neurolepticelor depozit (de către bolnav ori de către medic) este urmată de neapariția simptomelor și a fazelor active de boală ;

— stabilirea prin studii controlate a unor diferențe semnificative (în ceea ce privește numărul recăderilor și durata perioadelor de remisiune) între loturile tratate cu placebo și cele tratate cu neuroleptice. După Hogarthy, la distanță de un an se înregistrează 73% recăderi sub placebo și 33% sub neuroleptice.

Durata tratamentului de întreținere în schizofrenie, cu neuroleptice depozit variază de la un caz la altul. Unii recomandă o durată de un an după primul puseu, doi ani după al doilea puseu și tratament indefinit după cel de al treilea puseu (Gorgos și colab., 1975). Alții consideră că tratamentul trebuie continuat cel puțin 5 ani după dispariția ultimelor simptome (Olaru, 1984). Ginestet și colab. (1959) apreciază că tratamentul de întreținere se impune în toate formele cel puțin 18 luni (un an și jumătate), dar după doi ani, la unele cazuri, este justificată o „vacanță chimioterapeutică".

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Ayd, F. J. : The future of farmacotherapy, Baltimore, S.U.A., 1973.
2. Blackwell, B : The future of farmacotherapy (Ayd, F. J.), Baltimore, 1973.
3. Fouks, L. et coll. : Congres de psychiatrie et de neurologie de langue française, Clérmond-Ferrand, 16—21, IX, 1968.
4. Ginestet, D., Peron-Magnan, P.. Zarifian, E., Chevalier, J. : *Chimiothérapie psychiatrique*, Masson et Cie, Paris, 1979.
5. Gorgos, C. (sub redacția) : *Vademecum în psihiatrie*, Edit. Medicală, București, 1985.
6. Grozier, M. : The future of farmacotherapy (Ayd, F. J.), Baltimore, 1973.
7. Olaru, A. : *Psihiatrie practică*, Universitatea Craiova, Facultatea de Medicină, 1984.
8. Peron-Magnan, P. : Revue de Médecine, 1974, 11, pp. 653—662.
9. Predescu, V., Nica-Udangiu, Șt. : Neurol (București), 1975. t. 20, nr. 4, pp. 287—294.
10. Zaragozza, H-, Burner, M., Méd. et Hyg (Genève), 1971, t. 875, p. 1302.

ADVANTAGES OF NEUROLEPTICS „DEPÔT" IN REHABILITATION OF SCHIZOPHRENICS

Summary

Our experience and data reported in the speciality literature show that neuroleptics depôt present a series of advantages in the treatment of schizophrenisc. These drugs make possible a better social reintegration for a longer period of time, in a larger number of pacients. The authors review the *technical advantages* (simplified therapeutic scheme, certitude that the treatment will not be interrupted, less effort in surveillance, continuity and regular administration of the treatment), *clinical-pharmacological advantages* (obvious antipsychotic action with relatively smaller doses as against the large doses with standard drugs, reduced risk of toxic effects), *psychological advantages* (better rated by pacients who accept more easely a therapy which is not applied daily, etc.).

ASPECTE CLINICO-EVOLUTIVE ȘI DE REINSERȚIE SOCIO-PROFESIONALĂ ALE BOLNAVILOR SCHIZOFRENI

V. Predescu, S. Collino, L. Alexandrescu, R. Mihăilescu, Dorina Sima, Ioana Oprescu, A. Nițurad

Institutul de Medicină și Farmacie Iași, Clinica de Psihiatrie Spitalul Clinic „Dr. Gh. Marinescu". Institutul de Neurologie și Psihiatrie — București

INSTITUTUL DE NEUROLOGIE ȘI PSIHIATRIE ȘI DISCIPLINA DE Psihiatrie a I.M.F. — București au abordat, în ultimii ani, în repetate rînduri, problema descrierii clinico-demografice mai precise a pacienților schizofreni incluși în diferite forme de asistență psihiatrică (Predescu și colab., 1984, Alexandrescu și colab., 1984, Nițurad și colab., 1985). Au fost astfel, analizate o serie de caracteristici ale bolnavilor de schizofrenie dintr-un spital psihiatric (spitalul Dr. Gh. Marinescu), pacienți cu debuturi de schizofrenie (din același spital), bolnavi schizofreni care se găsesc în evidența și dispensarizarea policlinicilor din capitală, sau cei care se prezintă la comisia consultativă de expertiză a capacității de muncă pentru aprecierea oportunității pensionării psihiatrice.

În lucrarea de față, vom încerca să alcătuim un profil mai detaliat al bolnavilor schizofreni internați într-o secție de recuperare-ergoterapie, profil care să permită desprinderea unor concluzii cu caracter practic cît mai utile specialiștilor cu preocupări și/sau responsabilități în acest domeniu.

Metodologia utilizată a constat în extragerea unui set de date clinice, biografice și de statut profesional și material din foile de observație ale tuturor bolnavilor schizofreni internați la secția IX — Resocializare a spitalului Dr. Gh. Marinescu într-o perioadă de 2 ani, adică 326 de bolnavi. Pentru studiul de față au fost reținute numai 188 de dosare medicale, excluzînd pacienții din mediul rural, pe cei cu debut peste 45 de ani (6 cazuri), precum și pe cei 22 de bolnavi cu forme clinice catatonice, hebefrenice și nediferențiate — prea puțin numeroși pentru a putea fi incluși în prelucrarea datelor.

Lotul final a inclus 88 femei și 100 bărbați, fără diferență semnificativă față de ipoteza unei divizări egale pe sexe. Vîrsta la debut a bărbaților a fost mai mică decît cea a femeilor (25,34 ± 6,68 ani față de 28,02 ± 7,75 ani ; $t = 2{,}55$; p 0,01), existînd tendința suprareprezentării femeilor în grupele de vîrstă la debut 26—35 și 36—45 ani (Hi pătrat = 8,60 ; df = 2 ; p 0,05). Fenomenul se datorează în primul rînd predominanței debuturilor relativ tardive (după 36 ani) ale formei para-

noide la femei (Hi pătrat = 7,29 ; df = 2 ; p 0,05). De altfel, forma paranoidă a fost majoritară în lotul nostru : 152 de bolnavi (80,85%), față de numai 20 de pacienți cu formă schizoafectivă (10,64%) și 16 — cu formă simplă (8,51%).

Este oarecum surprinzătoare proporția relativ mare de cazuri schizoafective (formă reputat benignă), în timp ce totalul de numai 22 de cazuri (excluse din studiu) cu schizofrenii hebefrenice, nediferențiate și catatonice exprimă, după părerea noastră, adaptarea dificilă la activitățile de recuperare a primei categorii, utilizarea încă restrînsă în practica celui de-a doilea diagnostic, și nevoile de recuperare probabil mai reduse ale pacienților catatonici.

Nu au existat diferențe între sexe în privința reprezentării formelor clinice. Pe întreg lotul, vechimea medie a bolii a fost de 12,35 ± 8,47 ani la bărbați, și de 10,28 ± 6,95 ani la femei (din cauza debutului mai tardiv, deja menționat, al formei paranoide la acest sex) ; grupa de vechime boală 1—5 a fost cea mai bine reprezentată, alături de categoria peste 16 ani („marii cronici"), cu 53 și 54 pacienți, adică în jur de cîte 28—29% din lot. Grupele 6—10 și 11—15 ani au inclus 46 și 35 bolnavi (24 și 19%). Repartiția pe grupe de vechime a bolii nu a depins semnificativ de sex sau de forma clinică.

În funcție de ocupația bolnavilor la ultima internare, s-au distins trei grupe mari : muncitori (101 cazuri, 53,72%), cadre cu pregătire medie (liceală sau postliceală — 36, adică 19,15%), și cadre cu pregătire superioară (28 de bolnavi, 14,89%). Dintre aceștia 111 (69%) erau pensionați (gradul II), 54 de pacienți continuîndu-și munca. Din întreg lotul, 23 de bolnavi (12,23%) nu au ocupație și nu sînt nici pensionați. Ei predomină în cadrul formelor paranoidă și simplă, unde alcătuiesc în jur de o optime din totalul pacienților. Secția de resocializare pare, astfel, să reprezinte un sistem terapeutic aproape electiv al cazurilor cu problematică recuperatorie complexă, proporția acestora în lotul de față fiind mult mai mare decît în spitalul psihiatric obișnuit sau decît printre schizofrenii aflați în dispensarizarea policlinicilor (Alexandrescu și colab., 1984).

Pacienții cu probleme sociale predomină printre bărbați și — lucru de așteptat — printre cei cu debuturi precoce (în timpul studiilor etc.), rămînînd însă destul de uniform repartizați pe grupele de vechime ale bolii.

Din punct de vedere al statutului profesional (continuă activitatea / se pensionează medical), este evident (Hi pătrat = 7,97 ; df = 2 ; p 0,025) prognosticul profesional mai favorabil al schizofreniei afective (11 din 18 bolnavi rămîn în cîmpul muncii), în cadrul formelor paranoidă și simplă continuîndu-și activitatea numai în jur de 2 din fiecare 7 bolnavi, fără diferențe semnificative între sexe dar cu diferență marcată a statutului profesional în funcție de vechimea bolii : pensionații medical predomină printre bolnavii cu peste 10 ani vechime a bolii, atît la bărbați (Hi pătrat = 6,15 ; df = 1 ; p 0,05) cît și, în special, la femei

(Hi pătrat = 8,36 ; df = 1 ; p 0,01) sau pe întreg lotul (Hi pătrat = 13,06 ; df = 1 ; p 0,001).

Statutul marital al bolnavilor, definit prin prezența sau absența partenerului marital la ultima internare evidențiază nu mai puțin de 129 (68,62%) dintre bolnavi fără partener marital, fără vreo legătură semnificativă cu vechimea bolii, dar depind de vîrsta de debut (cu cît este mai precoce, cu atît proporția pacienților singuri este mai mare — Hi pătrat = 9,97 ; df = 2 ; p 0,01) și de sex (femeile au partener marital semnificativ mai frecvent decît bărbații — Hi pătrat = 5,36 ; df = 1 ; p 0,025). Aceste diferențe sînt conferite, în primul rînd, de tendința mare a bărbaților cu debut al schizofreniei înainte de 25 de ani de a nu se căsători sau de a nu se despărți de soție (Hi pătrat = 5,63 ; df = 1 ; p 0,025).

Absența partenerului marital se asociază puternic cu lipsa ocupației (Hi pătrat cu corecție Yates = 10,13 ; df = 1 ; p 0,01) și cu pensionarea medicală, deci cu întreruperea activității (Hi pătrat = 16,36 ; df = 1 ; p 0,001), demonstrînd complexitatea și intricarea consecințelor socio-profesionale și familiale ale schizofreniei la lotul de bolnavi internați într-o secție de resocializare.

Recapitulînd constatările de pînă acum, putem afirma că, în condițiile acestui studiu, populația de bolnavi schizofreni asistați într-o secție de resocializare include într-o egală măsură bărbați și femei care suferă de forma paranoidă a bolii, fără însă ca restul formelor clinice să fie absente ; sînt reprezentate aproape uniform toate grupele de vechime ale bolii ; nivelul educațional/profesional tinde către grupele „muncitor" și „cadru cu pregătire medie", circa 70% din bolnavi fiind pensionați gradul II, iar 12% neavînd ocupație și nefiind nici pensionați. Pentru aceștia din urmă, într-un număr de cazuri s-au întreprins chiar în cursul internării la Reso demersurile necesare rezolvării situației lor în cadrul reglementărilor legale existente, demersuri pe care apragmatismul bolnavilor și/sau absența familiei îi împiedicău să le întreprindă fără ajutor din afară.

Secția de resocializare tinde să se definească drept o verigă a sistemului de asistență al bolnavilor schizofreni prin proporții mari de cazuri mai dificile, cu probleme complexe profesionale, sociale și maritale, și care nu beneficiază pe deplin de celelalte forme de asistență ambulatorie și staționară (de exemplu : proporția bolnavilor tratați cu neuroleptice depôt este simțitor mai mică decît în alte loturi studiate anterior — Alexandrescu și colab., 1984, Nițurad și colab., 1985).

Alături de înființarea de ateliere protejate, ni se pare necesară crearea de secții de resocializare și pe lîngă policlinici și asigurarea unor bune legături funcționale ale lor cu secția de spital și cu staționarul de zi, spre a permite acordarea de asistență adecvată și acelor pacienți schizofreni care, deși nu constituie „cazuri problemă", necesită totuși includerea într-o activitate sistematică de recuperare profesională sau socio-familială.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Alexandrescu L. și colab.: Rev. Neurol. Psihiat. Neurochir.. București, t. 30, nr. 2, 1985.
2. Nițurad A. și colab.: Rev. Roum. Med. — Neurol. Psychiat., t. 23, nr. 2, 1985.
3. Predescu V și colab.: Rev. Neurol. Pshi. Neuroch., București, t. 30, nr. 2, 1985.

CLINICAL AND EVOLUTIVE ASPECTS OF SOCIAL AND VOCATIONAL REHABILITATION OF SCHIZOPHRENIC PACIENTS

Summary

Based on 188 cases of schizophreny hospitalized over a two-year period at the „Resocialization" ward of Dr. Gh. Marinescu hospital in Bucharest, the authors put together a profile of a „typical" resocialization pacient and emphasize the necessity of well functioning, integrated working relations among the segments of the care system for schizophrenic pacients.

MEDICAȚIA DE DEPOZIT ÎN TRATAMENTUL AMBULATOR AL SCHIZOFRENIEI

T. Neamțu, Aurelia Sîrbu, A. Secăreanu, A. Mureșan

Laboratorul de Sănătate Mintală — Cluj-Napoca

ASTĂZI ESTE UNANIM ADMIS CĂ S-A DEPLASAT CENTRUL DE greutate al locului de oficiere a actului terapeutic din spital spre ambulator. Dacă spitalul își menține rolul de durată relativ scurtă profilat pe terapia de urgență și intensivă de a dizolva neoformația psihopatologică, procesul de reconstrucție pe modelare a persoanei și în ultimă instanță de păstrare a armoniei psihice, recîștigate, este opera ambulatoriului.

Prin ambulator nu înțelegem un „alt loc" ci o rețea, un complex plurifactorial : psihiatric, psihologic, familial și social, perfect sincronizat în scopul reabilității bolnavului psihic în general și schizofren în special, în condiții cît mai apropiate de realitatea existenței sale. Bolnavul se mișcă într-o lume vie și familiară lui, cu mai puține prejudecăți, intersectîndu-se periodic și util cu psihiatrul, psihologul, sociologul, într-o relație veritabilă interumană. Acest mod nou de relație a fost și este posibil în mare măsură terapiei psihotrope, care bine aplicată, urmată de un control al eficienței sale, fie prin revederea programată a bolnavilor la L.S.M., fie prin vizitele periodice planificate la domiciliul bolnavilor, se ajunge la fertilizarea contactului medic-pacient.

De la Pinel — lanțurile au căzut și progresele într-un ritm accelerat au permis — am putea spune — o adevărată deschidere spre lume dar, adevărata cotitură realizată în asistența psihiatrică a fost determinată de marile succese obținute — în tratamentul bolnavilor psihici în ultimele patru decenii și anume : cura insulinică, terapia electrică convulsivantă și mai ales psihotropele care sînt o veritabilă placă turnantă ce a schimbat radical modul de abordare a bolnavului și realizarea ogranizată a asistenței de profil.

Influențînd spectaculos tabloul simptomatologic, psihotropele au deschis largi posibilități și celorlalte forme de tratament și în special psihoterapiei și socioterapiei. Astăzi majoritatea bolnavilor psihici pot beneficia de un tratament adevărat și eficace. În același timp ei rămîn și trăiesc în condiții normale obișnuite de viață și activitate, cu excepția unei mici părți la care este necesară asistența — în spitale de profil. Acesta este imperativul actual și modern al psihiatriei contemporane.

Un salt calitativ este realizat și de conștientizarea bolii și a necesității tratamentului. Bolnavul îl primește cu convingerea utilității lui de bună voie, într-un spirit de colaborare. Cu cît nivelul de comprehensiune și cooperare este mai mare, cu atît mai eficientă este terapia. Deci ambulatoriul se adresează numai acelor bolnavi a căror ameliorare psihică este suficientă în realizarea acestei intenții. Nu putem să nu admitem și faptul că posologia este diferită de cea din spital. Dozele sînt mai mici, în schimb durata tratamentului este mai mare — în funcție de alți parametri (bolnav, receptivitatea lui, evoluția boli' etc.).

Introducerea medicației de depozit, realizează un progres în mînuirea psihotropelor, fapt recunoscut de toți psihiatrii, deoarece ele au deschis noi perspective în terapia medicamentoasă a psihozelor, oferind facilități terapeutice substanțiale.

Prin calitățile lor, neurolepticele de depozit răspund în cea mai mare măsură problemelor specifice curei de întreținere, deoarece acțiunea antipsihotică cel puțin egală cu a neurolepticelor standard, asigură constanța aplicării terapiei, printr-o schemă comodă pentru bolnavi, ritmul de administrare fiind în medie lunar, oferind totodată posibilități de apreciere corectă. După cum arată T. Aud (1975) terapia cu neuroleptice de depozit reclamă acumularea unei experiențe de către medic, astfel încît să se administreze doze cît mai mici dar care să asigure un efect terapeutic bun, dublat de un interval de administrare cît mai lung posibil.

Din aceste considerente am luat în studiu bolnavi schizofreni care au efectuat cura de întreținere în ambulator, fiind în evidența L.S.M.-ului Cluj-Napoca, la care dispunem de cel puțin un an de observare, studiul axîndu-se în principal pe urmărirea evoluției clinice și socio-profesionale, în relație cu forma clinică de schizofrenie, intervalul de timp scurs de la debutul maladiei și instituirea terapiei cu preparate de depozit, tipul anterior de evoluție a psihozei, în special prin estimarea puseelor psihotice anterioare.

Cazuistica este reprezentată de un număr total de 225 bolnavi cu diferite forme clinice de schizofrenie, care au efectuat în mod ambulator terapie de întreținere cu preparatele de depozit și care au fost urmăriți sistematic prin controale lunare.

În ce privește reacțiile adverse acestea au fost întîlnite la 5% din cazuistică debutul schizofreniei și momentul instituirii terapiei cu preparate de depozit situația este ilustrată de tabelul următor :

Forma clinică de schizofrenie				Timpul de la debut în ani			
Paranoidă	Simplă	Catatonică	Cronică	1—3	3—5	5—10	peste 10
185	29	4	5	95	49	58	23

Datele referitoare la sex. vîrstă, sînt sistematizate în tabelul următor :

Sex:		Vîrstă:				
M	F	Sub 20	20—29	30—39	40—49	peste 50
89	136	21	92	49	46	17

Administrarea neurolepticelor de depozit s-a efectuat cu două mari clase de substanțe, respectiv al derivațiilor de Fluopentizol sau a derivațiilor Fluobenazină, aflate în circulație sub diferite denumiri comerciale. Din acest punct de vedere, la cazuistica noastră, situația este sistematizată în tabelul următor :

Fluopentizol	Flufenazin		
Decanoat	Enantat		Decanoat
Fluanxol depot	Moditen depot	Lyogen depot	Modecat depot
147	17	15	46

Referitor la timpul de observare a evoluției bolnavilor în terapia de întreținere cu preparate de depozit situația este astfel :

Timp de observare în cură de întreținere cu neuroleptice de depozit				
1 an	2 ani	3 ani	4 ani	5 ani
27	26	67	42	63

Aprecierea globală a rezultatelor

F. bine	bine	satisfăcător	nesatisfăcător
87	93	38	7

În ce privește reacțiile adverse acestea au fost întîlnite la 5% din cazuistică și au constatat un fenomen de diskinezie, respectiv mișcări musculare involuntare cu precădere la membrele superioare, fenomene de akinezie, respectiv senzații de oboseală musculară și senzația de „cedarea membrelor" inferioare, cu precădere la nivelul genunchiului, fenomene de parkinsonism.

În final am dori să amintim că după părerea noastră, din punct de vedere al eficienței economice, deși la prima vedere neurolepticele de depozit par scumpe, avînd în vedere faptul că asigură într-un înalt grad integrarea socio-profesională a bolnavilor, evită internările repetate, care sînt costisitoare cît și a posibilităților de urmărire la majoritatea cazurilor a intervalului de administrare, în ansamblu alături de rezultatele medicale bune, se realizează și economii materiale a costului asistenței medicale.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Aud F : Am. J. Psych., 1975, nr. 132, pp. 491—499.
2. Carpenter W. T. : Am. J. Psych. 1975, nr. 133, pp. 173—1980.
3. Davis J. M. : Am. J. Psych. 1975, nr. 132, pp. 1237—1241.
4. Deniker P. : *Advances in the drug theraphyi of mental illnes.* Geneva. 1976.
5. Dochetry J. : Profilactic efficacy of long — acting versus oral, phenothiasines in schizophrenia. VI Worl Kong. Psych., Honolulu, 1977.
6. Hamilton M. : *Fisch's Schizophrenia,* J. hon an sons Ltd. Eristol. 1977.

7. Heinrich K. The : Psihological and social dimension of antischizophrenic therapy with depot — neuroleptics in — an outpatient unit VI. Congresul psych., Honolului, 1977.
8. Norman W. : Results of Long — tern treatment with fluophenazines VI Congres psych., Honolului, 1977.
9. Predescu V., Nica-Udangiu Șt. : Neurol. Psihiat. Neurochir. nr. 4, 1975, p. 287.
10. Predescu V. : *Psihiatrie* Edit. Medicală, București, 1976.
11. Secăreanu A., Hotico T. : Considerații asupra curei neuroleptice de întreținere în schizofrenie. USSM, Cluj-Napoca, 1977.
12. Sîrbu A. : *Psihiatrie clinică — Ghid alfabetic.* Edit. Dacia, Cluj-Napoca, 1979.

THE OUT-PACIENT TREATMENT WITH LONG-ACTING NEUROLEPTICS IN SCHIZOPHRENY

Summary

This paper summarizes our experience concerning the out — pacient treatment of 225 schizophrenics, fith minimum one year of clinical follow-up. *The idea of this study was centered* on the relationship between clinical and socio-professional evolution and the clinical form, the type of *oncest*, previons treatment and other factors. The main issue of this study is that long-acting neuroleptics are very useful in the out-pacient treatment of schizophrenic pacients with a high index of social and professional integration, which is the expression of a good clinical remission of symptoms, a very good check-up regarding the administration of the drugs, and a better pacient's cooperation to such a kind of treatment.

TOFIZOPAMUL ÎN CLINICA PSIHIATRICĂ

V. Chiriță

Institutul de Medicină și Farmacie Iași
Clinica de Psihiatrie

INTRODUCERE. DATE DIN LITERATURA DE SPECIALITATE (1, 2, 4, 5) relevă că tofizopamul (Grandaxin-Egyt) face parte din grupul benzodiazepinelor, avînd o structură chimică (1- (3, 4- dimetoxy-phenyl)-4-methyl-5-ethyl-7, 8-dimethoxy-5 H-2, 3-benzodiazepine) diferită față de alți derivați benzodiazepinici (3). Aceasta îi conferă caracteristici psihofarmacologice specifice, diferențiindu-se ca un medicament relaxant și anxiolitic care nu determină somnolență sau oboseală și nu reduce puterea de concentrare.

Material și metodă. Pornind de la considerentele enunțate s-a studiat în clinica de psihiatrie acțiunea tofizopamului administrat per os în dozaj de 100—200 mg (2—4 capsule/zi), timp de 8 pînă la 30 zile, la un lot de 35 pacienți de ambele sexe, cu vîrsta cuprinsă între 31—56 ani. Din punct de vedere nosologic, structura lotului studiat se prezintă astfel :

Diagnostic	Nr. de cazuri
Sindrom neurasteniform somatogen	5
Neurastenie	14
Depresie nevrotică și sindrom asteno-depresiv	9
Psihosindrom preinvolutiv și involutiv	3
Psihoze hipertimice (depresiv-melancolice)	2
Cerebrastenie traumatică	1
Psihosindrom petit mal	1
Total	35

Observația clinică relevă că tolerabilitatea produsului este în general bună, chiar în cazul pacienților cu un fond somatic tarat (cardiopatie ischemică, HTA., status post hepatită virală, stomac rezectat, nefropatie cronică). Nu s-au constatat alterări ale testelor de disproteinemie, transaminazelor și electroforezei, modificări ale ionogramei, examenului de urină, hemoleucogramei, glicemiei și E.K.G.

Rezultate. În ceea ce privește efectul tofizopamului în funcție de afecțiunea psihică, se remarcă o acțiune bună în sindroamele nevrotiforme pe fondul unor suferințe cardio-vasculare, neurastenie, depresie nevrotică, stări asteno-depresive, psihosindroame depresive preinvolutive și involutive. Se constată în aceste cazuri toleranța bună la tratament, efectul tranchilizant și anxiolitic, reglarea tonusului vegetativ, relaxarea psiho-emoțională, atenuarea cefaleei difuze „în cască" și ușoară acțiune psihoenergizantă. Administrarea în doze mici și moderate nu determină scăderea performanțelor intelectuale sau vigilenței, nu produce relaxare musculară sau somnolență diurnă și nu crează obișnuință. În cazurile de melancolie, tofizopamul a exercitat o acțiune slabă, iar în cerebrastenia traumatică și petit mal cu eretism vegetativ accentuat și tulburări psihice interparoxistice se constată o toleranță scăzută cu agravarea simptomatologiei și efecte secundare (vertij, acufene, insomnii și excitație psihomotorie, scăderea TA.) care au impus sistarea tratamentului.

Diagnostic	Efect		Efecte secundare	Agravant	Total cazuri tratate
	bun	slab			
Sindrom neurasteniform somatogen	4	1	—	—	5
Neurastenie	12	1	1	—	14
Depresie nevrotică și sindrom asteno-depresiv	7	1	1	—	9
Psihosindrom preinvolutiv și involutiv	2	—	1	—	3
Psihoze hipertimice (depresiv-melancolice)	—	2	—	—	2
Cerebrastenie traumatică	—	—	—	1	1
Psihosindrom petit mal	—	—	—	1	1
Total	25	5	3	2	35

Discuții. Analiza și urmărirea cazurilor tratate permite aprecierea eficienței tofizopamului asupra diferitelor simptome psihopatologice. Se constată astfel o influență pozitivă în ameliorarea unor simptome ca anxietatea, astenia apatia, tensiunea intrapsihică și eretismul vegetativ exprimat clinic prin cefalee difuză, tahicardie și palpitații, tahipnee, oscilații tensionale, senzație de opresiune cardiacă. Dintre acestea, astenia, apatia, cefaleea sînt mai slab influențate ; la fel obsesiile și fobiile. Se remarcă totodată, în cele două cazuri menționate, accentuarea vertijului și insomniilor, acestea din urmă necesitînd asocierea de hipnotice.

În funcție de doza de medicament administrată se constată, cu referire la lotul studiat, că dozajul optim la care se realizează efectul urmărit este de 150 mg tofizopam. La această doză se obține o ameliorare a simptomelor care nu apare la 100 mg tofizopam. Totodată, prin administrarea a 200 mg nu se obțin efecte evident superioare, dar crește riscul efectelor secundare.

Simptomul	Acțiunea tofizopamului în funcție de doză								
	100 mg.			150 mg.			200 mg.		
	Ameliorat	Efect slab	Inefficient	A.	E.s.	I.	A.	E.s.	I.
Anxietate		X		X			X		
Tensiune intrapsihică		X		X			X		
Astenie			X	X			X		
Apato-hipobulie			X	X			X		
Cefalee difuză			X		X			X	
Tahicardie		X		X			X		
Palpitații		X		X			X		
Tahipnee		X		>			X		
Senz. de opresiune cardiacă		X		X			X		
Oscilații tensionale			X	X			X		
Obsesii			X		X			X	
Fobii			X		X			X	
Depresie			X		X			X	

La un număr de 10 pacienți cu neurastenie și sindrom nevrotiform somatogen s-a administrat inițial un alt derivat benzodiazepinic (diazepam, oxazepam) și apoi tofizopam. Se remarcă, prin comparație, în aceste cazuri, acțiunea mai eficientă a tofizopamului în ceea ce privește efectul anxiolitic, psihoenergizant și de reglare a tulburărilor vegetative precum și absența somnolenței diurne.

Administrarea tofizopamului în dozele și în perioada menționată la lotul studiat, cu excepția celor două cazuri în care tratamentul nu a fost tolerat, determină infrecvent efecte secundare slabe și inconstante. Se notează astfel acuze pasagere și de intensitate scăzută ca grețuri, dureri abdominale, uscăciunea mucoaselor, prurit, insomnii. În funcție de dozaj observăm că efectele secundare nu diferă la doza de 150 sau 100 mg., dar unele sînt susceptibile a se accentua la doza de 200 mg.

Efecte secundare	Doza administrată					
	100 mg.		150 mg.		200 mg.	
	accentuat	slab	accentuat	slab	accentuat	slab
Grețuri		X		X		X
Dureri abdominale		X		X		X
Uscăciunea mucoaselor		X		X	X	
Prurit		X		X		X
Insomnii		X		X	X	

Concluzii. Experimentarea clinică a tofizopamului, cu referire la lotul studiat, permite următoarele aprecieri concluzive :

— administrarea în doze mici și moderate (100—200 mg) relevă o maniabilitate bună și toleranță la tratament cu efect tranchilizant, anxiolitic, sedare vegetativă, ușor antidepresiv și psihoenergizant ;

— rezultatele obținute evidențiază eficacitatea produsului în sindroamele psihosomatice cu predominența eretismului vegetativ, neurastenie, depresie nevrotică, stări asteno-depresive, psihosindroame depresive preinvolutive și involutive ; eficiență slabă în psihozele hipertimice (depresiv-melancolice) și tolerabilitate scăzută în cerebrastenie traumatică și sindrom petit mal ;

— administrarea în cazurile indicate necesită potențarea cu hipnotice în funcție de fiecare caz în parte ;

— tofizopamul se dovedește superior altor derivați benzodiazepinici în ceea ce privește efectul anxiolitic, de reglare neuro-vegetativă și psihoenergizantă ; nu produce somnolență diurnă, nu este miorelaxant, nu scade vigilența și puterea de concentrare ;

— efectele secundare sînt slab exprimate și inconstante chiar în administrări prelungite și nu impun întreruperea tratamentului ;

— produsul este lipsit de toxicitate și nu modifică hematopoeza, funcțiile hepatică și renală.

Rezultatele terapeutice la parametrii urmăriți pot fi considerate ca bune și justifică introducerea tofizopamului în terapia psihiatrică în cadrul chimioterapicelor utile îndeosebi în clinica afecțiunilor psihosomatice și a tulburărilor psihice la limită.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Körösi J., Láng T. : Therapia Hungarica, 1975, volume 23, 4.
2. Petöcz, L., Kosóczky I. : Terapia Hungarica, 1975, volume 23, 4.
3. Predescu V. : *Terapie psihotropă*, Edit. Medicală. București, 1968.
4. Rónai D., Orosz F., Bolla K. : Therapia Hungarica, 1975, volume 23, 4.
5. Tariska J., Bolla K. : Therapia Hungarica, 1975, volume 23, 4.

TOPHIZOPAM IN PSYCHIATRIC CLINIC

Summary

Tophizopam is differenciated in the group of benzodyazepinic derivatives by its chemical structure which give it specific psycho-pharmaceutic characteristics. The test of this drug in the psychiatric clinic in a sample of 35 pacients confirms a good tolerance with passing and inconstant side effects. Thus, tephizopam is remarked by its anxiolythic action of neuro-vegetative and psycho-energizing adjustment. It finds its use in the clinic for psycho-somatic disturbances and limit psychic disorders.

Dr. Manu M. Daniela
medic

EFICIENȚĂ ȘI ECONOMICITATE — EVALUĂRI COMPARATIVE ÎN ADMINISTRAREA PREPARATELOR NEUROLEPTICE LA SCHIZOFRENI

Gr. Rusu, A. Petrescu, R. N. Priboi, Constanța Leocă, Irina Matache, Elena Mihăilă

Spitalul Municipal nr. 1 — Galați

COMPLEXITATEA PROBLEMEI TRATAMENTULUI ANTRENEAZĂ factori multipli ce se intercondiționează sistematic : maladia însăși, pacientul, metoda terapeutică, terapeutul și contextul larg ecologic (1).

După debutul terapiei neuroleptice (1952), grupul encefalolepticelor devine tot mai numeros și mai activ, atît prin modificarea continuă a substanțelor cap-de-serie, cît și prin sinteza altora cu efecte apropiate. Adecvarea tratamentului în funcție de forma clinică și stadiul evolutiv al afecțiunii conferă individualitate fiecărei prescripții. Totodată, considerente diverse, inclusiv economice, pot stabili și unele note comune sau puncte de referință.

Nosologia psihozelor hipotimice subliniază necesitatea menținerii unui tratament de lungă durată ce rezultă și din faptul că neurolepticele nu „vindecă", ci reduc cantitativ simptomatologia, la întreruperea administrării lor înregistrîndu-se recăderi (4) ; element complementar de observație clinică, discontinuitatea tratamentului ar favoriza instalarea diskineziei tardive prin creșterea sensibilității receptorilor dopaminergici (7). Remisiunile terapeutice relevă, așadar, caracterul „suspensiv" al medicației față de exacerbările manifestărilor clinice, precum și lipsa efectului profilactic asupra recăderilor (5). Privită din acest unghi, clasa preparatelor neuroleptice cu acțiune prelungită (NAP) răspunde adecvat actualelor orientări terapeutice, între avantaje detașîndu-se : farmacocinetica pozitivă și aderența la tratament ; nu lipsite de importanță se dovedesc precauțiile pentru o prescripție personalizată și evitarea unei polipragmazii inutile (6).

Comunicarea argumentează considerațiile asupra eficienței și economicității tratamentului cu NAP instituit la schizofreni avînd criteriul de selecție : vechime a bolii de cel puțin doi ani și un număr de peste 9 prezentări pentru examinare în ambulatoriul de specialitate în cursul unui an (1984). Diferențierea grupurilor o determină prezența sau absența în formula terapeutică a NAP.

a) Lotul clinic constituit din 35 pacienți schizofreni (19 femei și 16 bărbați) cu limite de vîrstă 31—49 ani.

Chimioterapia ambulatorie a cuprins (individualizat) neuroleptice incisive — preparate standard : Halioperiod (doze zilnice variind între 5—15 mg, Majeptil (10—40 mg) sau Trifluoperazin (15—30 mg) ; neuroleptice „bazale" : Clodelazin (75—150 mg), Levomepromazin (75—100 mg) sau Tioridazin (150—200 mg) ; Romparkin (6—8 mg) ; benzodiazepine, barbiturice.

Evoluția (raportată calității inserției microgrupale și randamentului ocupațional) a avut un caracter favorabil în 73% din cazuri, înregistrîndu-se un raport al numărului de internări/bolnav : 0,60, cu o durată medie de 24 zile.

b) Cel de-al doilea grup a fost constituit din 35 pacienți (20 femei și 15 bărbați) cu limite de vîrstă 29—52 ani. Tratamentul neuroleptic a inclus administrarea dozei de 25 mg enantat de flufenazină (Modecate) la interval de 5 săptămîni, sau 20 mg decanoat de flupentixol (Flanxol) la interval de 3 săptămîni. Neurolepticele „bazale" au fost administrate, după caz. la doze de 2—3 ori mai reduse față de primul lot. Hipnoticele au fost introduse în schema terapeutică a unui număr mai mic de cazuri iar trihexifenidilul doar în primele 7—10 zile după administrarea NAP.

Evoluția favorabilă a fost consemnată în 87% din cazuri, proporția decompensărilor care au necesitat internare fiind de numai 0,14/bolnav, cu o durată de spitalizare medie inferioară primului lot.

Evaluările comparative ale economicității pot fi menționate în următorii termeni :

— media valorică zilnică a medicației în care au fost incluse preparate NAP era inferioară cu 2—4 procente celei care cuprindea doar preparate neuroleptice standard ;

— cuantumul valoric mediu zilnic al asistenței de staționar întrecea de peste 9 ori pe cel al medicației care, la rîndul său, a reprezentat dublul mediei valorice a chimioterapiei în condiții de ambulatoriu.

Formulările concluzive pot sprijini, așadar, afirmațiile referitoare la faptul că utilizarea preparatelor NAP, substanțe cu biodisponibilitate optimă, oferă, pe lîngă efectul curativ evident și unanim apreciat, avantaje economice : mai puține unități terapeutice, mai puține internări, precum și o durată de spitalizare mai redusă (2, 3).

Trebuie, de asemenea, să consemnăm și pertinența observației conform căreia NAP nu substituie psihoterapia, după cum, programele de recuperare corespunzătoare își mențin pe deplin valoarea.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Campbell R. J. : în Ciba Revue, 1983 (VII Congr. Mond. Psihiat.).
2. Cassano G.B. : Acta psychiat. belg., 1981, nr. 81, pp. 173—181.
3. Denker J. : Acta psychiat. belg., 1981, nr. 81, pp. 115—120.
4. Gross H. : Acta psychiat. belg., 1981, nr. 81, pp. 128—132.
5. Harring C. : Acta psychiat. belg., 1981, nr. 81, pp. 189—202.
6. Johnson D.A.W. : Acta psychiat. belg., 1981, nr. 81, pp. 161—172.
7. Kennedy P. : Brit. J. Psychiat., 1980, nr. 137. pp. 387—389.

EFFICIENCY AND ECONOMY — COMPARATIVE ESTIMATIONS IN INTAKE OF THE NEUROLEPTIC DRUGS TO SCHIZOPHRENICS

Summary

The paper refers to the clinical evolution, in the course of a year, of two equal, groups of schizophrenic pacients, but differentiated by the presence or absence in the therapeutical scheme of the basting neuroleptics (LN).

The comparative analysis of the data leads to the conclusion of a superior quality in remission within the group treated with LAN, revealing at the same time the economic advantages of these drugs, through the inferior average annual cost against the therapeutical alternative with standard neuroleptic drugs, through the perspective of reducing the number of admissions and of the number of the average duration of hospitalisation.

PROFILAXIA SINDROAMELOR HIPERTIMICE ENDOGENE CU SĂRURI DE LITIU

Gh. Balan, Marioara Balan, Maria Balțatu, Florica Steva, Adriana Gafencu, Olga Moisă, Ana Verdeș, Maria Braharu, Marie Sibi, T. Pirozynski

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

STUDIUL ACȚIUNII SĂRURILOR DE LITIU ÎN TRATAMENTUL ȘI profilaxia tulburărilor afective reprezintă una din cele mai promițătoare dezvoltări în psihiatrie din ultimele decenii.

Posibila acțiune profilactică a sărurilor de litiu a fost sugerată, independent, de către Hartigan (12) (1963) în Anglia și de Baastrup (2) (1964) în Danemarca, dar primul studiu sistematic aparține lui Baastrup și Schou (3) (1967).

Mult controversată în decursul timpului, această acțiune a fost pe deplin demonstrată, constatîndu-se că litiul este singurul psihotrop cu acțiune profilactică clară (Prien și colab., 1974, Shopsin și colab., 1975, cit. de 14). Numeroși autori (4, 9, 10, 11), au demonstrat că frecvența, durata și intensitatea crizelor maniacodepresive scad considerabil, comparativ cu perioadele dinaintea tratamentului cu litiu iar majoritatea cazurilor (peste 80%) nu mai prezintă recăderi.

Unii autori (1) comparînd frecvența crizelor maniacodepresive, sub tratament cu litiu sau cu antidepresive triciclice (imipramină), au constatat că litiul este mai eficace, scade numărul de crize, pe cînd imipramina crește frecvența acestora. Acest fapt este cu atît mai important cu cît, așa cum s-a demonstrat, frecvența ciclurilor maniacodepresive crește cu anii iar terapia neuroleptică contribuie și ea la scurtarea perioadelor libere dintre crize.

Lot de studiu și metode. Lucrarea de față reflectă observațiile noastre privind rezultatele terapiei profilactice cu săruri de litiu administrate timp de 8—15 ani, unui număr de 20 pacienți maniacodepresivi (10 bărbați și 10 femei) de vîrstă cuprinsă între 15 și 60 de ani. Cercetarea noastră a fost efectuată sub forma unui studiu pilot, deschis, pacienții fiind proprii lor martori. Au fost selecționați numai pacienți cu un istoric bogat, cu cel puțin trei crize maniacodepresive sau schizoafective, înainte de începerea tratamentului cu litiu. Pentru a se depista eventualele contraindicații (afecțiuni cardiace, renale, endocrine etc.) toți bolnavii luați în studiu au fost examinați amănunțit clinic și paraclinic.

Tratamentul s-a făcut cu „Lithium carbonicum", comprimate a 300 mg conținînd 8,1 milieqivalenți de litiu, sau cu diverse preparate de carbonat de litiu retard ca : Priadel (400 mg = 10,8 mval), Hypnorex (400 mg = 10,8 mval), Quilonorm retard (450 mg = 12,2 mval) sau alte săruri de litiu ca, Lithium Duriles (sulfat de litiu conținînd 330 mg = 6 mval), Quilonum (acetat de litiu, 536 mg =

8,1 mval) și chiar cu carbonat de litiu chimic pur, divizat în cașete sau pachete de 300 sau 400 mg.

Administrarea profilactică a litiului s-a făcut, în toate cazurile noastre, în continuarea tratamentului curativ, sub supravegherea strictă a nivelului de litiu din ser, prin dozarea periodică a litemiei. Inițierea tratamentului cu litiu s-a făcut cu doze mici, 300—400 mg care au fost apoi crescute pentru a se obține o litemie de circa 1 mEq/1 (0,6—1,6) în perioada curativă și de 0,6—0,8 mEq/1, în perioada profilactică. Litiul seric (litemia) s-a dozat prin metoda flamfotometrică, la 12—14 ore de la ultima doză de litiu administrată. Litemia s-a dozat la trei și apoi la șapte zile de la începerea tratamentului după care s-a făcut ajustarea dozelor pentru obținerea concentrației optime de litiu, știind că litemia standard (valoarea litiului seric la 12—14 ore de la ultima administrare de litiu, după o săptămînă de tratament) este proporțională cu cantitatea de litiu administrată (11). Ulterior controlul litemiei s-a făcut săptămînal în prima lună, lunar în primul an și apoi, odată la 5—6 luni sau ori de cîte ori era necesar. În cursul litiumprofilaxiei se administra doza cea mai mică de litiu, suficientă pentru a se obține litemia minimă considerată eficientă (0,6 mEq/1).

Pacienții sub tratament permanent cu litiu au fost supravegheați clinic și prin examinări de laborator (uree sanguină, ionogramă, hemoleucogramă, glicemie și examen sumar de urină) efectuate periodic (odată cu controlul litemiei).

Rezultate și discuții. Aprecierea rezultatelor s-a făcut după frecvența, durata și intensitatea recăderilor care au necesitat spitalizare. (Nu au fost considerate recăderi, internările de 1—3 zile efectuate în vederea unor controale de laborator sau pentru dozarea litemiei și eventuala ajustare a dozelor). Am constatat astfel că din cei 20 de pacienți tratați profilactic cu litiu, 16 au răspuns favorabil, 8 nu au mai avut recăderi, 6 au făcut cîte două recăderi de durată și intensitate foarte reduse (3 săptămîni la interval de 4 ani) iar 2 au avut cîte o scurtă recădere (3 săptămîni după unul și respectiv doi ani de la începerea tratamentului). La 4 pacienți nu s-au obținut rezultate concludente, ușoarele ameliorări nefiind semnificative, a fost necesară asocierea neurolepticelor. S-a continuat totuși administrarea litiului deoarece asocierea, neuroleptice + litiu, s-a dovedit superioară terapiei exclusiv neuroleptice. Cele mai bune rezultate s-au obținut în sindroamele hipertimice recurente bipolare (P.M.D.) iar cele mai slabe, în formele atipice, schizoafective. La dozele mici și mijlocii, utilizate de noi, nu s-au semnalat reacții adverse care să impună întreruperea tratamentului cu săruri de litiu.

Rezultatele noastre sînt în concordanță cu datele din literatură după care rata psihotică înainte de tratament era de 12—13 săptămîni iar după tratament, doar de 2 săptămîni ; înainte de tratament recăderile se produceau la un interval de 8 luni iar după tratament, la 65—80 de luni.

Din experiența noastră rezultă că vîrsta și sexul pacienților nu influențează rezultatele litiumterapiei, în schimb, vechimea bolii (considerată de unii autori (4) ca fiind lipsită de importanță) cu pierderea caracterului recurent, cu producerea unui „status maniacalis“ sau „status melancolicus“, duce la scăderea simțitoare a rezultatelor favorabile ale litiumprofilaxiei. În sindroamele schizoafective tratate cu litiu, se produce o ameliorare, pînă la remitere, a fenomenelor hipertimice de aspect maniacal, cu persistența elementelor disociative. Litiul reduce hiperactivitatea, inhibă agresivitatea (7) dar fără a influența structurile noetice.

Dintre preparatele de litiu utilizate, cele mai bune rezultate s-au obținut cu preparatele de carbonat de litiu retard care pe lîngă avantajul administrării în doză unică (zilnic), asigură o litemie relativ constantă. Nu am utilizat clorura de litiu deoarece prezintă un grad mai

crescut de toxicitate și pentru că, așa cum am arătat în lucrări anterioare (6), în sindroamele hipertimice există o tendință la retenție de „clor uscat“ în organism.

Mecanismul de acțiune al litiului nu este încă deplin elucidat (6). Litiul influențează metabolismul hidroelectrolitic (6, 8), metabolismul glucidic (5, 6), fosforilările oxidative (6, 8), stimulează sau inhibă unele procese enzimatice, influențează sistemul endocrin, producerea, acumularea și eliberarea mediatorilor chimici (15) și chiar, producția și dinamica acizilor nucleici cerebrali.

Profilaxia sindroamelor hipertimice endogene cu săruri de litiu ridică o serie de probleme pe care medicul, familia pacientului sau pacientul însuși trebuie să le rezolve. Administrarea profilactică a litiului trebuie făcută, fără întrerupere, ani în șir și în aceste condiții, se impune o atentă supraveghere clinică și de laborator a pacienților cu dozarea periodică și ori de cîte ori este nevoie, a litemiei pentru a se asigura o concentrație sanguină optimă și în special pentru a se evita apariția unor efecte secundare sau o intoxicație cu litiu. Medicul trebuie să avertizeze pacienții și familiile acestora despre primele semne de supradozare și reacțiile adverse ce preced intoxicația cu litiu (fine tremurături ale extremităților, spasme musculare, mers titubant, precum și disartrie, apatie, somnolență sau grețuri, vărsături și scaune diareice. Deasemeni trebuie preveniți pacienții asupra factorilor ce favorizează acumularea litiului în organism cu creșterea litemiei pînă la posibilitatea apariției unei intoxicații. Deoarece litiul contribuie la eliminarea natriului din organism, orice carență de sodiu prin regim hiposodat, tratamente cu diuretice, boli febrile, munca la temperaturi ridicate (cu hipersudorație), vărsături și în special unele boli renale cu scăderea capacității de concentrare și implicit cu imposibilitatea eliminării litiului, pot favoriza intoxicația cu litiu. O atenție deosebită trebuie acordată pacienților în vîrstă la care capacitatea de concentrare renală poate scădea fără o cauză aparentă. În aceste condiții se impune ca în litiumprofilaxie să se utilizeze doze mai reduse decît cele curative. De altfel, unii autori sînt de părere că litiumprofilaxia poate fi asigurată și cu doze mai reduse de litiu, care să asigure o litemie de 0,5—0,6 mEq/1.

În concluzie, se constată că administrarea profilactică a sărurilor de litiu, cu respectarea strictă a contraindicațiilor (afecțiuni cardiace, renale, endocrine etc.), sub un riguros control clinic și de laborator, cu dozarea periodică a litemiei și menținerea ei în limite de 0,6—0,8 mEq/1, constituie o metodă eficientă de prevenire a recăderilor din sindroamele hipertimice endogene, unipolare și bipolare. Se obțin astfel importante avantaje socio-economice și în special morale prin menținerea pacienților în afara recăderilor maniacale sau depresive.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Angst J., Ditrich A., Grof P.: Int. Pharmacopsychiat., 1969, nr. 2, pp. 1—11.
2. Baastrup P.C.: Compr. Psychiat., 1964, nr. 5, pp. 396—408.

3. Baastrup P.C., Schou M. : Arch. gen. Psychiat., 1967, nr. 16, pp. 162—172.
4. Baastrup P.C., Schou M. : Lancet 1971, nr. II, pp. 275—279.
5. Balan G., Cernătescu D., Trandafirescu Maria, Ababei L. : Rev. Med. Chir., Iași, 1974, nr. 4, pp. 901—906.
6. Balan M. Gh. : *Contribuții la studiul acțiunii sărurilor de litiu în psihosindroamele hipertimice,* Teză de doctorat, I.M.F., Iași, 1976.
7. Balan M. Gh., Balan Marioara, Balan O.G., Sibi Marie : Rev. Med. Chir., Iași, 1981, nr. 2, pp. 377—378.
8. Brânzei P., Balan G. : Acta. Psychiat. Belg., 1974, nr. 74, pp. 241—253.
9. Cade J.F. : 1-st Brit. Lith. Congr., 1977, abstr., pp. 1—2.
10. Coppen A. et all., Lancet, 1971, nr. II, pp. 275—279.
11. Costa D., Toma T. : *Psihofarmacologia în practica medicală,* Edit. Militară, București, 1980.
12. Hartigan G. P. : Brit. J. Psychiat. 1963, nr. 109, pp. 810—814.
13. Jeram T. C., McDonald R. : 1-st Brit. Lith. Congr. 1977, Abstr, pp. 55—56.
14. Predescu V., Alexandrescu L., Ciurez T. : Neurol. Psih. Neurochir., 1980. nr. 3, pp. 161—183.
15. Schou M. : Biochem. Soc. Trans. 1973, nr. 1, pp. 81—87.

PROPHILAXY OF HYPERTIMIC SYNDROMES WITH LYTHIUM SALTS

Summary

In a pilot study the authors followed up the results of the prophilaxy of maniaco-depresive recurrences in a number of 20 pacients, males and females aged between 15 and 60 years, treated with lythium carbonate in a period between 8 and 15 years. The pacients with frequent previous maniaco-depresive episodes were taken as their own controls. The supervision of the treatment was performed through clinical controls and laboratory check-ups and through periodical dosage of lythemy. Over 80% of favorable results have been obtained. Biological, psychological and social advantages of lythium-prophilaxy are discussed.

TRATAMENTUL PROFILACTIC ÎN PSIHOZA MANIACO-DEPRESIVĂ

M. Domuță, Aurelia Sîrbu, Rodica Macrea, T. Neamțu

Clinica de Psihiatrie — Cluj-Napoca

TRATAMENTUL MEDICAMENTOS DE ÎNTREȚINERE, NECESAR pentru prevenirea recăderilor psihotice, este una din realizările cele mai importante ale terapeuticii psihiatrice. Eficacitatea tratamentului de întreținere în tulburările afective determină o abordare exactă preventivă în terapia acestor tulburări (2, 5, 8, 9).

Proprietățile profilactice ale litiului au fost demonstrate de cercetări efectuate în întreaga lume (4, 7, 10). Majoritatea datelor din literatură susțin că litiul previne atît recăderile maniacale și depresive din cadrul psihozei bipolare, cît și recăderile din psihoza monopolară. După părerea acestor autori, dacă se administrează bolnavilor săruri de litiu timp mai îndelungat, răspunsul terapeutic este mult mai bun decît în prima lună de tratament (1, 3, 6).

În lucrarea de față ne-am propus să demonstrăm efectul profilactic al sărurilor de litiu în tratamentul bolnavilor cu P.M.D.

În cercetarea noastră am utilizat un lot de 24 bolnavi cu P.M.D., selecționați de la Spitalul de boli cronice psihice Borșa și L.S.M. Cluj-Napoca.

Vîrsta acestor bolnavi a fost cuprinsă între 21 și 58 ani. În funcție de sex, au fost 14 bărbați și 10 femei.

Diagnosticul a fost stabilit pe baza criteriilor clinice și în funcție de diagnostic bolnavii au fost grupați în : 15 psihoze bipolare și 9 psihoze unipolare (1 depresie și 8 manii). Un criteriu necesar pentru includerea în lotul nostru a fost prezența în antecedente a cel puțin unui episod afectiv, diagnosticat într-un serviciu de psihiatrie.

Bolnavii din lotul nostru au fost tratați și urmăriți o perioadă de timp cuprinsă între 3 luni și 2 ani.

Bolnavilor li s-a administrat carbonat de litiu sub formă de Lithium carbonicum (preparat Polfa) în tablete de 250 mg., sau sub formă de tablete experimentale de 250 mg. carbonat de litiu.

Medicamentele au fost administrate la începutul tratamentului în doză de atac de 750—1500 mg./zi pînă la creșterea litemiei la valori cuprinse între 0,6—1 mEq/l și apoi s-a menținut o doză de întreținere mai redusă, de 500—900 mg/zi, necesară pentru menținerea litemiei între valorile considerate terapeutice.

Domeniul concentrațiilor terapeutice ale Li în plasmă este foarte îngust și apropiat de nivelul toxic. Pentru o corectă evaluare a concentrațiilor terapeutice se utilizează determinarea concentrației plasmatice de Li standardizată la 12 ore (12 h st. P. Li) care reprezintă concentrația de Li din plasmă determinată

dintr-o probă de sînge recoltată dimineața, la 12 ore (± 30 min.) de la ultima priză administrată pacientului.

Determinarea litemiei s-a făcut pacienților noștri în prima săptămînă de tratament zilnic, pînă la obținerea unui nivel optim și stabilizarea litemiei. După prima săptămînă de tratament. monitorizarea s-a făcut săptămînal în prima lună, apoi lunar în primele 6 luni, iar peste această durată, la aproximativ 2 luni. În afara acestei scheme, s-au făcut determinări ale litemiei ori de cîte ori a existat o suspiciune clinică de intoxicație cu litiu.

În literatură se consideră că raportul concentrațiilor litiului din eritrocite față de cele din plasmă este un indicator mai precis al eficienței terapeutice. El este de mare utilitate în special în tratamentul cronic. Din aceste motive bolnavilor noștri li s-a determinat concentrația Li din eritrocite și s-a calculat raportul Lie/Lip. Am considerat normale valorile raportului cuprinse între 0,20—0,55. Cunoașterea raportului Lie/Lip este importantă mai ales la bolnavii la care valorile plasmatice ale Li nu se corelează cu datele clinice, așa cum vor demonstra observațiile noastre.

În cazul apariției în cursul studiului a unui episod psihotic acut, acesta a fost tratat corespunzător, fără să se întrerupă tratamentul cu litiu.

În cursul studiului ne-am convins de necesitatea unei stricte individualizări a dozelor. Astfel, s-a constatat că la persoanele mai în vîrstă (peste 50 ani) este necesară o doză mai mică pentru menținerea litemiei în limite terapeutice. De asemenea s-a constatat că există persoane care prezintă semne de intoxicație chiar dacă litemia prezintă valori destul de reduse. În aceste cazuri s-a dovedit utilă determinarea raportului Lie/Lip.

Din punct de vedere al duratei tratamentului cronic, bolnavii noștri s-au împărțit astfel : au urmat tratamentul timp de 2 ani 17 bolnavi, timp de 6 luni, 6 bolnavi, timp de 3 luni o bolnavă.

Rezultatele terapeutice au fost apreciate clinic și pe baza comparării numărului episoadelor acute psihotice apărute înainte și în cursul tratamentului cu săruri de litiu, fiind grupate în trei categorii : foarte bune (12), bune (8), slabe (2), insuccese terapeutice (2).

În cadrul rezultatelor foarte bune au fost considerați bolnavii care pe toată durata stadiului nu au prezentat recăderi psihotice. Acești bolnavi au fost tratați cu carbonat de litiu o perioadă de timp care a variat între 6 luni (2 bolnavi) și 2 ani (10 bolnavi). Dintre acești bolnavi au avut diagnosticul de psihoză bipolară 8 pacienți, iar 4 bolnavi au avut diagnosticul de psihoză unipolară (manie).

Cei 8 bolnavi cu rezultate terapeutice bune se clasifică din punct de vedere diagnostic în 6 psihoze bipolare și 2 psihoze unipolare (manii). Dintre acești bolnavi, 7 au fost urmăriți timp de 2 ani, iar un bolnav a fost tratat timp de 6 luni. Acești bolnavi au prezentat în perioada cît timp au fost tratați o singură recădere psihotică și în afara acestui episod au avut o evoluție clinică bună.

Rezultate slabe s-au obținut la doi bolnavi, ambii cu psihoze monopolare (unul cu depresie, altul cu manie). Ei au fost tratați cu litiu timp de 6 luni și au prezentat mai multe recăderi psihotice (unul 4, altul 5 episoade).

În cadrul insuccesele au fost incluși 2 bolnavi. O bolnavă cu psihoză bipolară a prezentat o sensibilitate accentuată la litiu, astfel că la litemii scăzute (sub 0,6 mEq/1) a manifestat semne de intoxicație.

Raportul LIe/LIp a fost peste 0,6 și reducerea dozei nu a dus la scăderea acestui raport și nici la ameliorare clinică. Al doilea bolnav (unipolar maniacal) a fost exclus din lot deoarece a urmat tratamentul inconstant și nu se prezenta în mod regulat la control.

Faptul că din cei 24 bolnavi la care s-a administrat un tratament de întreținere de lungă durată cu carbonat de litiu, la 20 bolnavi s-au obținut rezultate clinice foarte bune și bune, dovedește eficacitatea sărurilor de litiu în profilaxia recidivelor în bolile afective.

Concluzii. 1. Pentru tratamentul cu săruri de litiu este necesară o atentă selecționare a bolnavilor.

2. În cursul tratamentului este obligatorie o strictă individualizare a dozelor.

3. În conducerea tratamentului cronic cu săruri de litiu raportul Li eritrocitar/Li plasmatic este de multe ori un ghid mai important decît litemia.

4. Prin tratamentul cu săruri de litiu corect aplicat se obțin rezultate favorabile în prevenirea recidivelor psihozei maniaco-depresive.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Davis, J. M. : Am. J. Psychiatry, 1976, nr. 133 : 1, pp. 1—13.
2. Ciurezu T.. Timofte G. : *Medicamente psihotrope moderne.* Edit. Medicală, București, 1973.
3. Cooper, T. B., Bergner, P. E., Simpson, G. M. : Am. J. Psychiatry, 1973, nr. 130, pp. 601—603
4. Costa D., Toma T. : *Psihofarmacologia în practica medicală.* Edit. Militară, București, 1982.
5. Carroll, B. J. : Arch. Gen. Psychiatr. 1979, nr. 36, pp. 870—878.
6. Plattman S. R. : Am. J. Psychiatry., 1970, nr. 3, pp. 351—353.
7. Prien R. F., Klett J.. Caffey E. M. : Am. J. Psychiatry, 1974, nr. 2, pp. 198—203.
8. Predescu V., Costa D. : Neurochir. Neurol. Psihiatrie, 1979, nr. 4, pp. 265—270.
9. Rees, W. L. : *Factors in Depression.* Ed. N. S. Kline, New York, 1974.
10. Schou, M., Shaw, D. M. : The Practitioner, 1973, nr. 210, pp. 105—111.

PROPHYLACTIC THERAPY OF MANIAC-DEPRESSIVE DISORDERS

Summary

During a period of three month to two years was studied the effectiveness of lythium therapy in a group of 24 pacients with maniac-depressive disorders.

It has been found that in lythium therapy is necessary a careful selection of pacients. During the treatment an attentive individualisation of dosage must be made. In long term lythium therapy the ratio red blood cells lythium level/plasma lythium level is often more important than plasma lythium level. Through an correct applied lythium therapy may be obtained good results in preventing recurence of affective diseases.

TRATAMENTUL CU LITIU CARBONIC LA VÎRSTNICI VASCULARI

Cleopatra Paciurea

Policlinica nr. 10 — București

LITIUL FACE PARTE DIN GRUPA METALELOR ALCALINE. ÎMpreună cu rubidiu, cesiu, natriu, potasiu. Acțiunea benefică în patologia afectivă a fost pentru prima dată comunicată de australianul John F. Cade în 1949. În Europa, eficacitatea litiului este constatată începînd din 1954. În America, datorită tristei experiențe din 1940, cînd litiul clorid a fost utilizat drept sare substitutivă la cardiaci, fapt soldat cu decese și intoxicații grave, utilizarea litiului începe mai tîrziu, în jurul anului 1970. În terapia litiului, efectele n-au legătură cu sexul, vîrsta sau durata bolii. De la prima administrare concentrația în sînge și țesuturi se stabilizează după 10—14 zile, echilibru care trebuie supravegheat periodic. Evaluarea bolnavului clinic și prin litemii succesive, ne conferă rigoarea corectitudinii.

Material și metodă. În lotul de bolnavi psihici avuți în vedere am ales 11 bolnavi cu patologie cardiovasculară, care au efectuat tratament cu litiu carbonic, în ambulator.

Componența lotului după vîrstă și sex

	46—50 ani	51—56 ani	56—60 ani	61—65 ani	66—70 ani	71—75 ani
Bărbați	—	2	I	—	—	—
Femei	I	I	I	I	2	2
Total	I	3	2	I	2	2 = II

Componența lotului după boala psihică

	bărbați	femei
Psihoză paranoidă	—	3
Psihoză depresivă	I	I
Dezvoltare depresivă	I	—
Melancolie anxioasă	—	I
Ciclotimie	—	J
Ps. epresivă de involuție	—	2
Ps. depres. preinvol. fond psihopat	I	—

Situația bolnavilor după boala cardiovasculară

	bărbați	femei	total
Sechele infarct ant septal	I	I	2
Cardiopatie cr. ischemică	—	3	3
Hipertensiune arterială	2	4	6
din care cu dislipidemie	I	3	4

Bolnavilor li s-a aplicat tratamentul cu litiu carbonic după instituirea unei testări biologice și excluderea unei boli renale. La toți bolnavii am avut aviz urologic. După litemie fără tratament, s-a administrat litiu carbonic 500 mgr pe zi timp de trei zile. S-a efectuat litemia. S-a administrat apoi 750 mgr litiu. La șapte zile de tratament s-a repetat litemia. În continuare, neavînd în nici un caz efecte secundare, am recomandat litemia la trei luni.

Situația lotului de bolnavi după anul instituirii litiului

	bărbați	femei	total
1981	1	—	1
1982	1	2	3
1983	1	6	7

Tratamentul cu litiu a fost întotdeauna însoțit de antiparkinsoniene, în fapt romparkin, cîte o tabletă pentru fiecare tabletă de litiu. Am menținut medicația indicată de cardiolog. De asemenea am folosit vitamina B6 și foarte des gerovital, în posologia de rutină.

Rezultate : 1. De la instituirea tratamentului cu litiu, nici un bolnav nu a avut indicație de spitalizare în secție de psihiatrie sau cardiologie. 2. Tonusul afectiv a crescut la toți bolnavii. La trei s-a manifestat dorința sanatorizării la Tușnad și Covasna, fapt nemaiîntîlnit de ani de zile. 3. Unul dintre bolnavi — cu diagnosticul dezvoltare depresivă HtA, a fost trecut din gradul 2 de invaliditate în gradul 10 și peste șase luni activează cu program chiar depășit.

Concluzii : La bolnavii vîrstnici cu patologie cardiovasculară moderată, sechele infarct — cu peste 10 ani de la infarct — Hipertensiune arterială I, cardiopatie ischemică cronică dureroasă și nedureroasă, introducerea tratamentului cu litiu a îmbunătățit simptomatologia psihică, fapt concretizat în primul rînd prin reinserția socială și nu a înrăutățit starea cardiovasculară.

Față de cantitatea de medicamente folosite înainte de introducerea tratamentului cu litiu, beneficiul bolnavului, este evident pericolul patologiei digestive prin medicament este nul.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Kaplan : American Handbook of Psychiatry — Ed. a III-a 1979, B.B. New York.
2. Predescu V. : Edit. Medicală, București, 1976.

TREATMENT WITH CARBONIC LYTHIUM FIT FOR VASCULAR AGED PERSONS

Summary

A group of eleven mentaly iseased persons with cardiovascular pathology.

There were theree paranoid psychoses, depressive psychosis 1, depresive evolution 1. anxious melancholy 1, cyclotomy 1.

Depressive psychosis of involution 1.

Preinvolutive depressive psychosis 1.

Preinvolutive depressive psychosis with psychopath back-ground 1.

Some of the pacients had previous septal infarct 2, ischemic chronic cardiopathy 3, arterial hypertension 6. The treatment with lythium carbonate 750 mg. lasted for 1—3 years. This kind of treatment avoided hospitalisation. The affective tonus increased. A pensioned pacient (2 nd degree) began to work (O degree). In all cases mental condition increased, without deteriorating the cardiovascular state.

EVIDENȚIEREA UNOR COMPLICAȚII DE TIPUL DELIRULUI TOXIC APĂRUTE ÎN CURSUL TRATAMENTULUI BOLNAVILOR PSIHICI CU MEDICAȚIE PSIHOTROPĂ

N. Păruș, Carola Offenberg

Spitlaul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

ÎN CURSUL TRATAMENTULUI CU MEDICAȚIE PSIHOTROPĂ A bolnavilor psihici, într-un număr restrîns de cazuri, apar complicațiile de tipul delirului toxic. După datele celor mai mulți autori, frecvența complicațiilor este de 1—3%, unii menționează procente mai mari (2).

Grahmann H. și colab. subliniază posibilitatea apariției delirului prin administrarea numai a unui medicament psihotrop. Alți autori acordă importanță tratamentului combinat cu preparate psihotrope, unii menționează că un rol de bază în apariția delirului îl au dozele administrate, există păreri că nu mărimea dozei sau durata terapiei prezintă importanță ci creșterea accentuată, rapidă a dozelor sau uneori după întreruperea bruscă a tratamentului, introducerea unui nou preparat, pot duce la apariția stărilor delirante (1). Complicațiile apar în general în primele 8 săptămîni de la administrarea tratamentului, cele mai multe se observă în prima și a șasea săptămînă, la unii chiar în primele ore, durata stărilor delirante fiind diferită de la 2—3—11—14 zile (2).

Tabloul clinic al complicațiilor este uneori apropiat de delirul alcoolic, apar iluzii și halucinații vizuale, cutanate, mișcări de prehensiune, cu o moderată neliniște, tremor, mai rar halucinații auditive. De regulă, complicațiile apar în cursul nopții, după adormire. La unii bolnavi complicația s-a desfășurat sub forma tulburărilor de tipul delirului oniroid. Spre deosebire de delirul alcoolic, delirul psihofarmacologic, după manifestările sale clinice este neomogen, adîncimea tulburărilor de conștiință și gradul neliniștii motorii este mai puțin exprimat. Trăirile delirante apăreau ca stări de modificare a conștiinței de scurtă durată, legate de timpul de trezire mai rar de adormire cu aflux de halucinații. Uneori apariția episodului delirant era precedată de coșmaruri.

S-au observat deasemeni stări comfabulatorii cu aflux de false amintiri cu imagini ciudate, bizare, strălucitoare, pitorești. De obicei bolnavii își aminteau greu de trăirile lor delirante, amnezia trăirilor patologice nu a fost deplină. Delirul dispărea numai după întreruperea completă a preparatului medicamentos administrat, scăderea dozei nu dădea efectul dorit (1).

Wagensommer J. și alți cercetători au descris cazuri rare prezentînd un tablou clinic grav cu tulburări vegetativo-somatice care persistau mult timp după

întreruperea tratamentului avînd uneori o evoluție cu punerea în pericol a vieții bolnavului, sindroame psihoorganice, psihoză de tip Korsakov, sau chiar deces (2).

O serie de autori menționează că substanțele antiparkinsoniene ar avea și ele contribuție în dezvoltarea delirului toxic prin scăderea pragului de reactivitate a organismului (1). După dispariția stării delirante apărea din nou simptomatologia bolii de bază.

Pe lîngă factorul farmacogen care este cauza de bază în producerea stărilor delirante mai sus menționate, majoritatea autorilor acordă importanță predispoziției individuale cît și la o serie de factori somatici, ca vîrsta înaintată, scleroza cerebrală, afecțiunile cardio-vasculare, alcoolism, leziuni organice reziduale cerebrale, suferințe somatice.

Unii bolnavi care au avut în antecedente suferințe hepatice, sensibilitatea crescută față de preparatele psihotrope, la ei, poate fi legată cu scăderea funcției antitoxice a ficatului. Modificarea reactivității individuale la bolnavi poate fi datorată infecțiilor acute recente sau cronice prelungite de care au suferit bolnavii.

Se poate deci considera că toți factorii enumerați care produc delirul toxic acționează în condițiile modificării reactivității individuale sau de vîrstă a bolnavilor cît și perturbarea mecanismelor de adaptare la dozele administrate. În ceea ce privește vîrsta copilăriei în literatura medicală, există precizări asupra tulburărilor de conștiință prin tratamentul cu medicație psihotropă al copiilor tratați somatic și cu sechele organice ale sistemului nervos central (3).

În urma dispariției complicației toxice prin întreruperea administrării preparatelor psihotrope cît și a tratamentului de dezintoxicare aplicat, în cazul cînd pentru starea psihică a bolnavului este necesară reluarea tratamentului anterior, se va începe cu doze mici și creștere lentă și treptată a dozelor care în general nu a dus la repetarea complicațiilor.

Pentru micșorarea riscului apariției complicațiilor toxice delirante este oportun ca în administrarea tratamentului cu substanțe psihotrope să se evite creșterea sau scăderea accentuată a dozelor medicamentoase cît și schimbările rapide ale preparatelor. Se va tatona cu atenție sensibilitatea reactivității față de medicament, predispoziția individului, atenție deosebită și precauție pentru bolnavii cu tare organice, leziuni organice sechelare cerebrale, la cei cu vîrsta înaintată cît și la copii în general. De asemeni bolnavii vor fi menținuți în supraveghere atentă mai ales în primele 5—6 săptămîni.

Pentru elucidarea mecanismelor patogene privind delirurile toxice medicamentoase, sînt necesare în viitor studii aprofundate.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Gurovici I. Ia., Kelmiș Keit E. G. : Jurnal nevropat. i. psihiatrii. i. S. S. Korsakova. Moskva, 1964, t. 64, nr. 10. pp. 1564—1571.

2. Indikt S. G.: Jurnal nevropat i. psihiatrii. i. S. S. Korsakova. Moskva, 1973, t. 73, nr. 2, pp. 269—274.
3. Manțeva V. N., Semenovskaia E. I.: Jurnal nevropat. i. psihiatrii. i. S. S. Korsakova. Moskva, 1968, nr. 10, pp. 1566—1570.

SOME COMPLICATIONS OF DELIRIO-TOXIC TYPE APPEARED DURING THE TREATMENT OF PSYCHIC PACIENTS WITH PSYCHOTHROPIC MEDICINES

Summary

In this paper the suthors bring into relief the appearance of certain complications of delirio-toxic type in psychic pacients during the treatment with psychotropic medicines.

According to the data given by most of the authors, the frequency of the complications is 1 to 3%.

Amond the conditions that generally precede the appearance of these decompensations are signalled: the rapid increase of the doses of psychothropic drugs, a sudden interruption of the treatment, the combination of psychothropic drugs, etc. It is also stressed upon favouring somatic factors like: cerebral sclerosis, cardiovasculary sufferings, alcoholism, sequellary cerebral organic lesions, the decrease of the anti-toxic function of the liver, senescence, individual predisposition, etc.

ASPECTE ALE TRATAMENTULUI ÎN SCHIZOFRENIA COMPLICATĂ CU ALCOOLISMUL CRONIC

L. Fodoreanu, C. Schmidt

Clinica de Psihiatrie — Cluj-Napoca

LUCRAREA ESTE SUGERATĂ DE OBSERVAȚIILE CLINICE, CARE semnalează destul de frecvent asocierea schizofreniei la alcoolismul cronic în practica curentă.

Obiectivul : Cercetarea tabloului clinic și a tratamentului și evoluției clinice, în condițiile asocierii la schizofrenie a dependenței față de băuturile alcoolice.

Material : Am studiat bolnavii internați în Clinica Psihiatrică Cluj-Napoca, cu diagnosticul de schizofrenie, pe o perioadă de 15 luni (1984—1985), care au fost în număr de 591 ; am selectat dintre aceștia 23 pacienți cu diagnostic de schizofrenie și alcoolism cronic (22 bărbați, o femeie). În funcție de forma clinică, 20 bolnavi au avut schizofrenie paranoidă, iar 3 schizofrenie catatonică.

Metoda de lucru. Rezultate : Am urmărit la lotul menționat mai mulți parametrii, rezultatele fiind următoarele :

— Vîrsta debutului psihozei schizofrene a fost cuprinsă între 16 și 31 ani, asemănătoare cu debutul clasic al schizofresiei ;

— Numărul de internări la fiecare bolnav a variat între 3 și 11 într-o perioadă de 9 ani, internările fiind evident mai frecvente după începerea consumului de alcool. pînă la patru anual.

— Durata consumului de băuturi alcoolice a fost între 1—10 ani ; cu excepția a doi bolnavi, care erau dependenți înaintea debutului schizofreniei, la restul de 21, dependența a apărut după diagnosticarea psihozei. Unii pacienți au început să bea în plin episod psihotic, concomitent cu exagerarea consumului de tutun și cafea, acest comportament avînd aceeași semnificație cu apariția comportamentului bizar, psihotic ; alții au recunoscut că recurgeau la alcool „pentru a avea mai mult curaj", sau pentru a scăpa de teama pe care le-o imprimau fenomenele de automatism mintal sau tulburările de percepție trăite. Am consemnat o legătură evidentă între abuzul de băuturi alcoolice și decompensările schizofreniei : toți bolnavii au abandonat tratamentul neuroleptic în favoarea băuturilor alcoolice, ceea ce a favorizat recrudescența simptomelor psihotice.

— Din simptomatologia prezentă la internare am consemnat cîteva particularități față de restul cazurilor de schizofrenie : a) Existența mai pregnantă a tulburărilor de percepție auditivé (pseudo-halucinații — 5 cazuri, halucinații auditive — 7 cazuri, frecvent cu caracter imperativ), asocierea halucinațiilor vizuale (3 bolnavi), a fenomenelor de automatism mintal (7 pacienți). Menționăm cazul unui schizofren paranoid care a devenit dependent la alcool începînd să bea pentru anihilarea gustului neplăcut al mîncării („otrăvită" de mama lui). b) Agitația psihomotorie a fost deosebită, determinînd internarea a 16 dintre cei 23 bolnavi. c) Tulburările de comportament (vagabondaj, acte antisociale, comportament agresiv față de membrii familiei, acte clastice) au fost înregistrate la toți subiecții, datele heteroanamnestice relevînd legătura cauzală între abuzul de

alcool și acestea. c) Tulburările de afectivitate (afecte paradoxe, aplatizare afectivă, stări disforice. iritabilitate și, mai ales, anxietate) au fost de asemenea consemnate la toți bolnavii. e) Deteriorarea intelectuală a fost evidentă la 4 pacienți (vîrsta 36, 40, 46, 52 ani), fiind corelată de noi cu impregnarea alcoolică.

— Tratamentul a fost instituit în clinică în funcție de prezența pe lîngă simptomele psihotice schizofrenice, a ismptomelor de impregnare cronică alcoolică ; pe lîngă tratamentul cu neuroleptice incisive și sedative, la care s-au asociat electroșocurile în 9 cazuri, s-au administrat soluții glucozate, regim hidrozaharat, vitamine din grupul B, pînă la amendarea simptomelor de impregnare. Simptomele schizofreniei s-au cupat mai greu, durata internării fiind în general mai lungă (cîteva luni în unele cazuri). În toate cazurile s-a recomandat la externare continuarea tratamentului cu neuroleptice depôt și abstinență de la consumul de băuturi alcoolice. Studiul evoluției cazurilor de la debut pînă la internarea actuală, care consemnează abandonarea rapidă a neurolepticelor în favoarea alcoolului, chiar în condițiile unei eficiente supravegheri de către familie și psihiatru, ne permite să credem că, și în continuare, conduita bolnavilor va fi asemănătoare.

Discuții. Literatura se ocupă mai puțin de asocierea schizofreniei și alcoolismului (3, 6, 13), deși practica curentă oferă numeroase exemple în care cele două boli se intrică. Dezvoltarea dependenței de alcool se explică diferit : = recurgerea la alcool în scopul lizării anxietății generate de trăirile halucinatorii și delirante și a anxietății liber-flotante ; = ingerarea băuturii sub influența halucinațiilor imperative ; = consumul de alcool în scopul „ameliorării" relațiilor schizofrenului cu ambianța ; = în unele cazuri lipsește orice motivație, consumul de alcool avînd semnificație identică cu alte comportamente incomprehensibile, bizare, sau efectuate în mod automat.

Se poate discuta eventuala întîlnire a celor două boli sub aspectul determinismului lor genetic. Unii autori discută frecvența alcoolismului la subiecții tineri, cu personalitate de tip schizotipal (7), care ar fi legate genetic de schizofrenie (1). Mai multe studii subliniază relațiile existente între activitatea MAO trombocitară și schizofrenie (8), în același timp făcîndu-se și o corelație între activitatea MAO și alcoolism : scăderea activității MAO trombocitare asociată cu dopamin-beta-hidroxilaza plasmatică, cu variabilele personalității, ar putea avea rol în sensibilizarea biologică la alcool (2).

Particularitățile simptomatologice ale cazurilor de schizofrenie cu alcoolism cronic pot fi explicate prin dublul lor determinism. Astfel, tulburările de comportament descrise își găsesc explicația în afectarea sistemului valorilor etico-morale, secundară alcoolismului. Degradarea personalității, mai puțin obișnuită în formele paranoide și catatonice ale schizofreniei, apare frecventă, după o evoluție nu prea îndelungată, la cazurile noastre.

Sub aspectul terapiei, bolnavii studiați s-au dovedit mai rezistenți la tratamentul neuroleptic ; acceptarea tratamentului este scăzută, ceea ce contribuie la un prognostic mai rezervat. Numărul decompensărilor este incomparabil mai mare. Pornind de la studii din literatură care discută eficacitatea propanolului în schizofrenie (5, 9, 11) bazîndu-se pe efectul acestuia asupra prolactinei plasmatice și asupra metaboliților

aminelor (5 HIAA, HVA, MHGP în l.c.r.), ca și la folosirea preparatului în tratamentul alcoolismului cronic, în perioada de sevraj, ar merita încercată administrarea propranololului preponderent în schizofrenia complicată cu alcoolism cronic.

În *concluzie*, asocierea schizofreniei cu alcoolismul cronic pune probleme de ordin clinic, evolutiv, prognostic și terapeutic diferite și sporite față de cele ale schizofreniei.,

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Baron, M., Gruen. R., Asnis, L., Kane, J.: Am. J. Psychiat., 1983, nr. 140, pp. 1437—1442.
2. Gloninger, C. R.: J. Ssychiat. Treat. Eval., t. 5, nr. 5, pp. 487—496.
3. Goodman, A. B., Siegel, C., Craig, Th. J., Lin, S. P.: Am. J. Psychiat., 1983, nr. 140, pp. 166—170.
4. Jeammet, P.: Rev. Prat., 1980. t. XXX, nr. 1.
5. King, D. J., Turkson, S. N. A., Liddle, J., Kinney, C. D.: Brit. J. Psychiat., 1980, nr. 137, pp. 458—468.
6. Kissin, B., Begleiter, H. *Biology of Alcoholism.* New York. Plenum Press, 1974, pp. 53—108.
7. Kroll, Ph., Ryan. C.: Compr. Psychiat., 1983, nr. 24, pp. 262—270.
8. Lewine, R. J., Meltzer, H. Y.: Psychiatry. Res., 1984, nr. 12, pp. 99—109.
9. Pugh, C. R., Steinert, J., Priest, G.: Br. J. Psychiat., 1983, nr. 143, pp. 151—155.
10. Pfohl, B., Winokur, G.: Br. J. Psychiat.. 1982, nr. 141, pp. 567—572.
11. Sethi, B. B., Dube, S.: Neuropsychopharm. Biol. Psychiat., 1983, nr. 7, pp. 89—99.
12. Widlöcher, D.: Rev. Prat., 1980, t. XXX., nr. 1.
13. Yesavage, J. A., Zarcone, V.: J. Clin. Psychiat., 1983, nr. 44, pp. 259—261.

ASPECTS OF THERAPY OF SCHIZOPHRENY COMPLICATED WITH CHRONIC ALCOHOLISM

Summary

The authors describe the results of an investigation performed in a group of 23 subjects admitted in the Psychiatry Clinic of Cluj-Napoca, during an interval of 15 months, from a total of 591 schizophrenic pacients admitted during this period.

Some peculiarities of these pacients are recorded concerning psychotic symptoms, development of dependence toward alcoholic beverages, frequency of psychotic decompensations as well as the efficiency of psychotropic therapy.

Treatment of schizophreny associated with chronic alcoholism raises some special problems; the authors suggest the investigation of the efficiency of propranolol in these cases, based on the action of this drug in schizophreny and alcoholism.

IMPORTANȚA IZOENZIMELOR IMPLICATE ÎN METABOLIZAREA ETANOLULUI

M. Cotrău

Institutul de Medicină și Farmacie — Iași

METABOLIZAREA COMPLETĂ A ETANOLULUI COMPORTĂ TREI etape : oxidarea etanolului la acetaldehidă prin intervenția alcooldehidrogenazei, ADH (în anumite situații pot participa și sistemul de oxidare microzomal a etanolului, MEOS și/sau catalaza) ; oxidarea acetaldehidei la acetat, prin intervenția acetaldehiddehidrogenazei, ALDH ; oxidarea acetatului, după activare la acetil-CoA, la CO_2 și H_2O în ciclul lui Krebs sau folosirea acetil-CoA în diferite sinteze. Schematic aceste etape sînt reprezentate astfel :

$$CH_3CH_2OH \xrightarrow[NAD^+\ NADH]{ADH} CH_3CHO \xrightarrow[NAD^+\ NADH]{ALDH} CH_3COO^-$$

$$\xrightarrow[ATP\quad AMP + Pi]{CoA\text{-}SH} CH_3CO\text{-}SCoA \begin{cases} \nearrow CO_2 + H_2C \\ \searrow \text{sinteze} \end{cases}$$

În cele ce urmează vor fi descrise numai căile de oxidare a etanolului la acetaldehidă via ADH și a acetaldehidei la acetat via ALDH ; ambele enzime prezintă, la om, o mare variabilitate a activității, explicată prin existența izoenzimelor.

Oxidarea etanolului la acetaldehidă via ADH. Alcooldehidrogenaza NAD^+ — dependentă este o enzimă normală a organismului, substraturile curente fiind hormoni sexuali masculini, catecolamine, retinolul etc. În absența ingerării băuturilor alcoolice, ADH catalizează și oxidarea etanolului rezultat din fermentația unor glucide alimentare de către microorganismele intestinale sau din consumarea unor alimente vegetale care au suferit o fermentație alcoolică spontană ; ultima posibilitate ar explica unele manifestări de „beție alcoolică" întîlnite la animale (3). De asemenea, ADH catalizează oxidarea alcoolilor alifatici inferiori (C_1—C_5) exogeni.

Alcooldehidrogenaza este localizată în special în ficat (citosol), dar și în alte țesuturi. Constituția ei variază în raport cu proveniența : ADH izolată din ficatul de cal este dimerul unei peptide cu masa moleculară 36 000 și cu arginina ca aminoacid terminal, pe cînd ADH izolată din drojdie este tetramerul aceleeași peptide, iar aminoacidul terminal este histidina.

Centrii activi ai ADH sînt constituiți din grupări -SH (activitatea enzimatică este proporțională cu numărul acestora) și din atomi de zinc (care formează un tip de legătură octaedrică, fixîndu-se în structura proteică prin 3 valențe coordinative și 2 ionice, alte 3 valențe coordinative fiind libere).

Oxidarea etanolului are loc în 3 secvențe : ADH se combină cu NAD^+ formînd un complex binar și suferind o modificare conformațională, astfel încît atomul de zinc să fie deplasat înspre domeniul de fixare cu NAD^+, facilitînd legarea ulterioară cu etanolul ; complexul binar fixează etanolul, apărînd tranzitoriu un complex ternar, care labilizează 2 atomi de H din etanol, după care se formează acetaldehidă, H^+ și complexul binar ADH—NADH ; în fine, complexul binar ADH—NADH eliberează enzima ADH și coenzima redusă NADH. Factorul limitant în reacție este viteza de reoxidare a complexului ADH—NADH. Alcooldehidrogenaza nu are aceeași afinitate pentru cei 4 compuși din reacție — etanol, acetaldehidă, NAD^+ și NADH — din cauza diferențelor de Km (1).

Marea variabilitate a activității ADH, observată la om, se explică prin existența izoenzimelor și a polimorfismului enzimatic. Conform modelului genetic realizat de Smith, există trei gen-loci autosomali — ADH_1, ADH_2 și ADH_3 — care codifică structura a trei tipuri de subunități — a, b, c. Aceste subunități se combină pentru a forma izoenzime active homodimerice, aa, bb, cc sau heterodimerice, ab, ac, bc, diferențiate prin proprietățile catalitice, de exemplu, specificitatea de substrat. Loci ADH_2 și ADH_3 mai conțin două gene alele care codifică subunitățile distincte b_1 și b_2, respectiv c_1 și c_2, conducînd la două polimorfisme. S-a demonstrat că există o diferență structurală între subunitatea b_1 normală și subunitatea b_2 atipică în porțiunea din enzimă unde are loc atașarea coenzimei ; la subunitatea b_1 există un rest de alanină, iar la b_2, un rest de prolină. Această mutație determină modificări importante ale proprietății enzimatice, căci izoenzimele care conțin subunitatea atipică manifestă activitate enzimatică mai intensă și la un pH optim mai scăzut decît izoenzima cu subunitate normală. Conform acestui model genetic se deosebesc la om 9 genotipuri ale ADH pentru cele 3 loci și anume : 3 homozigoți normali, 3 heterozigoți atipici și 3 homozigoți atipici. Prin combinarea acestor subunități se formează, în funcție de genotip, 6, 10 sau 15 izoenzime dimerice.

Recent s-a descoperit o formă de ADH anodică — enzima pi — în ficatul uman, caracterizată printr-o constanță Michaelis anormal de ri-

dicată — 19 mM la pH 7,5 — față de valorile normale 0,5—2,0 mM și o lipsă de sensibilitate față de pirazol (inhibitorul obișnuit al ADH). Ambele proprietăți sînt caracteristice sistemului de oxidare microzomal a etanolului, MEOS (4).

Frecvența izoenzimelor atipice variază după rasă și individ. După von Wartburg (4) la rasa „albă" (caucaziană) frecvența este de 2—20%, la japonezi de 80—90%, iar la mongoli de aproape 100% ; același autor a găsit la populația elvețiană doar 5% indivizi atipici.

Apariția fenotipurilor atipice prezentînd diferite grade de activitate ADH — de la ușor crescută pînă la foarte înaltă față de ADH normală — coincide cu cazurile de intoleranță datorită concentrației sanguine ridicate de acetaldehidă ; astfel încît, după von Wartburg (5), diferențele rasiale și individuale de sensibilitate la alcool sînt consecințe, cel puțin parțial, a polimorfismului genetic al ADH.

Oxidarea acetaldehidei la acetat via ALDH. Acetaldehida, primul metabolit al etanolului, indiferent de enzimele implicate în oxidare (ADH, MEOS, catalază), se formează în principal în ficat, dar și în alte organe. Mici cantități de acetaldehidă trec în sîngele venos și sînt distribuite în întregul organism.

Reactivitatea chimică a acetaldehidei o implică în multe din manifestările acute și cronice ale intoxicației etilice, însă contribuția exactă este greu de stabilit, căci în experiment nu se pot distinge, separat, acțiunile toxice ale acetaldehidei și ale etanolului. Posibilitatea ca unele acțiuni farmacologice ale celor doi compuși să fie antagoniste complică și mai mult situația. În plus, există o mare variabilitate individuală în sensibilitatea la acetaldehidă, rezultată din variațiile metabolismului acesteia și conducînd la acetaldehidemie crescută, concomitent, spre exemplu, cu o eliberare sporită de catecolamine. Acetaldehidemii crescute pot proveni și din accelerarea oxidării etanolului (rezultatul unei varietăți atipice, mai active, de ADH sau ALDH, precum și a inducției MEOS după expunere cronică), prin încetinirea propriei oxidări concomitent cu creșterea raportului $NADH/NAD^+$ (respectiv cu scăderea NAD^+ mitocondrial, întrucît reacția necesită NAD) sau prin ambele mecanisme combinate. Ca urmare, se acumulează acetaldehidă intramitocondrial, iar lezarea mitocondriilor datorită toxicității acetaldehidei, are ca efect, printr-un cerc vicios, accentuarea scăderii oxidării acetaldehidei la acetat. În plus, o parte din acetaldehida acumulată trece în organele extrahepatice, la nivelul cărora își exercită toxicitatea.

În afară de oxidarea la acetat, mici cantități de acetaldehidă pot lua parte la reacții secundare, datorită capacității de a se combina cu grupări $-NH_2$ primare, -OH și -SH, cu formare de baze Schiff, respectiv hemiacetali și tiohemiacetali. Astfel, de un deosebit interes este combinarea cu catecolaminele și cataboliții lor, conducînd la produși implicați în instalarea dependenței alcoolice. Sînt interesante și condensările acetaldehidei cu acetoina și dezoxipentoze în eritrocite, stabilindu-se

legături cu hemoglobina, a căror semnificație este încă necunoscută. Reacțiile între acetaldehidă și compuși activi tiolici (glutation, coenzima A) sau aminici (proteine, enzime) determină scăderea activității acestora.

Marea majoritate a acetaldehidei este însă oxidată la acetat sub acțiunea ALDH—NAD^+ dependente, în următoarele 5 etape : ALDH se unește cu NAD ; complexul ALDH—NAD^+ formează cu acetaldehida un compus tiohemiacetalic ; acesta este oxidat la tioesterul corespunzător ; din tioester se eliberează acetatul ; în fine, NADH se separă de ALDH, regenerîndu-se enzima. Reacția, în totalitate, este practic ireversibilă și ultimele două etape sînt limitante ale transformării. La oxidarea acetaldehidei pot contribui și unele oxidaze (aldehidoxidaza, xantinoxidaza) (6).

Aldehiddehidrogenaza conține, în centrii activi, grupări -SH și este activată de unii ioni metalici, fără a fi o metaloenzimă. Majoritatea ALDH are sediul în ficat, dar există și în alte țesuturi, inclusiv în sînge. Deși este localizată atît în citosol, cît și în mitocondrii și microzomi, majoritatea acetaldehidei este oxidată de ALDH mitocondrială la $Km < 10\ \mu M$. Izolarea acestei SLDH a arătat, la masa moleculară de 200.000, un tetramer, dar se pare că dimerul este forma activă. O altă formă mitocondrială de ALDH, cu un Km de aproximativ 1 mM, legată de membrana mitocondrială externă, este un monomer cu masa moleculară 67.000. Aceeași varietate există și în microzomi. S-au izolat, de asemenea, două ALDH citosolice cu mase moleculare de aproximativ 100.000 (dimer) și 200.000 (tetramer). Aldehiddehidrogenaza citosolică este responsabilă de 30% din oxidarea acetaldehidei la om și multe specii, nu însă la șobolan.

Studii recente au demonstrat că la unele populații lipsește una dintre izoenzimele ALDH hepatice și această deficiență este corelată cu „sensibilitatea la alcool" a acestora, datorită probabil acetaldehidei, care rămasă nemetabolizată, își manifestă toxicitatea (2).

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Bränden C.J. et al. : The structure of liver alcohol dehydrogenase, in : Colloque aspects fondamentaux du métabolisme des alcools et des aldéhydes, Saint-Maximin, France, 1980, pp. 8—9.
2. Eriksson C.J.P. : Aldehyde dehydrogenase and their role in alcohol metabolisme, în Colloque aspects fondamentaux du métabolisme des alcools et des aldéhydes, Saint-Maximin, France, 1980, pp. 12—13.
3. Nordmann R. : La Revue de Médicine, 1980, nr. 9, pp. 427—430.
4. Wartburg J.P. von : Comparison of alcohol metabolism in human and animals, in : Animal models in alcohol research (Ed. Eriksson K.), Academic Press, New York, 1980.
5. Wartburg J.P. von : Chemia, 1979, nr. 3, pp. 79—83.
6. Wartburg J.P. von : Acetaldehyde, Symposium on the psychopharmacology of alcohol, London, 1979.

IZOENZYMES' IMPORTANCE IMPLIED IN THE ETHANOL METABOLISATION

Summary

The ethanol oxidation to acetaldehyde in mainly carried out by the action of alcoholdehydrogenase (ADH).

The great variability of ADH activity observed in man is explained by the izomers existence as well as the enzymatic polymorphism. The ADH atypical activity increased with respect of normal ADH, corresponds to the intolerance cases, due to the acetaldehyde acumulation in blood. The race and individual differences of sensitivity at the alcohol are probable the consequences of ADH genetic polimorphism, at acetaldehyde oxidation to acetate occurs the aldehid-dehydrogenase (AldDH). The lack in some subjects of izoenzymes (AldDH) is correlated with their sensitivity to alcohol owing to the accumulation of unmetabolised acetaldehyde and toxic.

VALORI ALE ACETALDEHIDEI SANGUINE LA ALCOOLICI ȘI NEALCOOLICI ÎN SITUAȚIA DE STIMULARE ETANOLICĂ

Olga Moisă, Fl. Șerban, Fl. Teodorescu, V. Chiriță, P. Boișteanu

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași
Institutul de Medicină și Farmacie — Iași

SE RECUNOAȘTE CĂ ACETALDEHIDA, PRINCIPALUL METABOlit etanolic contribuie, prin potențialul său toxic, la patogeneza tulburărilor alcoolice (6, 8). Unele studii, implicate în etiopatogenia alcoolismului (1, 2), postulează formarea derivaților alcaloizi, potențial adictivi, din interacțiunea aminelor biogene și acetaldehidei. Implicit, reacția față de alcool este justificată prin concentrația sanguină a metabolitului etanolic (7).

Unii autori, lărgind cadrul de înțelegere, integrează ideea în conceptul interpretativ al predispoziției familiale a alcoolismului (9, 10) și, totodată a variațiilor etnice (genetic determinate) legate de consum etanolic (4, 5).

În acest context, considerăm de interes determinarea nivelului acetaldehidei sanguine, în proces dinamic, la persoane „alcoolice" cu istorie familială a alcoolismului și raportarea acestor situații la cazuri „normale".

Material și metodă. În studiu au fost incluși 8 subiecți (6 bărbați, 2 femei) cu diagnostic clinic de alcoolism cronic („primar", fără alte antecedente psihiatrice) și 5 martori. Investigațiile de laborator au dovedit că subiecții nu prezintă semne ale unor suferințe hepatice cronice.

Recoltarea eșantioanelor de sînge destinate analizării lor s-a realizat, pentru fiecare caz, în momente diferite: înainte și după administrarea factorului etanolic. Soluția alcoolică (0,5 ml/kg corp) a fost consumată în doză unică, într-un interval limitat de timp (cca. 10 minute). Sîngele colectat după 30 min., 1 h, 2 h, (3 h la 2 subiecți) de la ingestia de alcool a fost deproteinizat, imediat, cu acid percloric.

În ambele loturi de subiecți s-a respectat aceeași conduită metodologică.

Determinarea concentrațiilor de acetaldehidă sanguină a fost efectuată prin metoda enzimatică.

Rezultate. Valorile medii cantitative ale acetaldehidei sanguine sînt consemnate în tab. 1.

Tabelul I

VARIAȚIA CONCENTRAȚIEI (medie, μ mol/ml) DE ACETALDEHIDĂ SANGUINĂ ÎN PROCESUL DE METABOLIZARE A ETANOLULUI

	N	Interval de timp			
		inițial	30 min.	1 h	2 h
Norm.	5	0.0158 ± 0.003	0.0205 ± 0.003	0.0238 ± 0.004	0.0228 ± 0.003
Alc.	8	0.0198 ± 0.004	0.0394 ± 0.009	0.0553 ± 0.007	0.0557 ± 0.008

Variațiile valorice au un sens comun atît la subiecții alcoolici, masculini și feminini, cît și la martorii opuși acestora (fig. 1). Comparativ, există deosebiri între valorile medii calculate, respectiv pentru cele două loturi ; acestea sînt, cu excepția probelor inițiale superioare pentru alcoolici în toate etapele înregistrării (excepție, un caz ale cărui limite de variație s-au apropiat de cele ale martorilor).

Consemnăm faptul că după primele 30 minute de la investigația alcoolică pot fi sesizate modificări cantitative ale acetaldehidei sanguine. Concentrațiile cresc, cu tendința de a se menține la nivele superioare, relativ uniforme ca valoare pentru o perioadă de timp (tabelul 1, fig. 1).

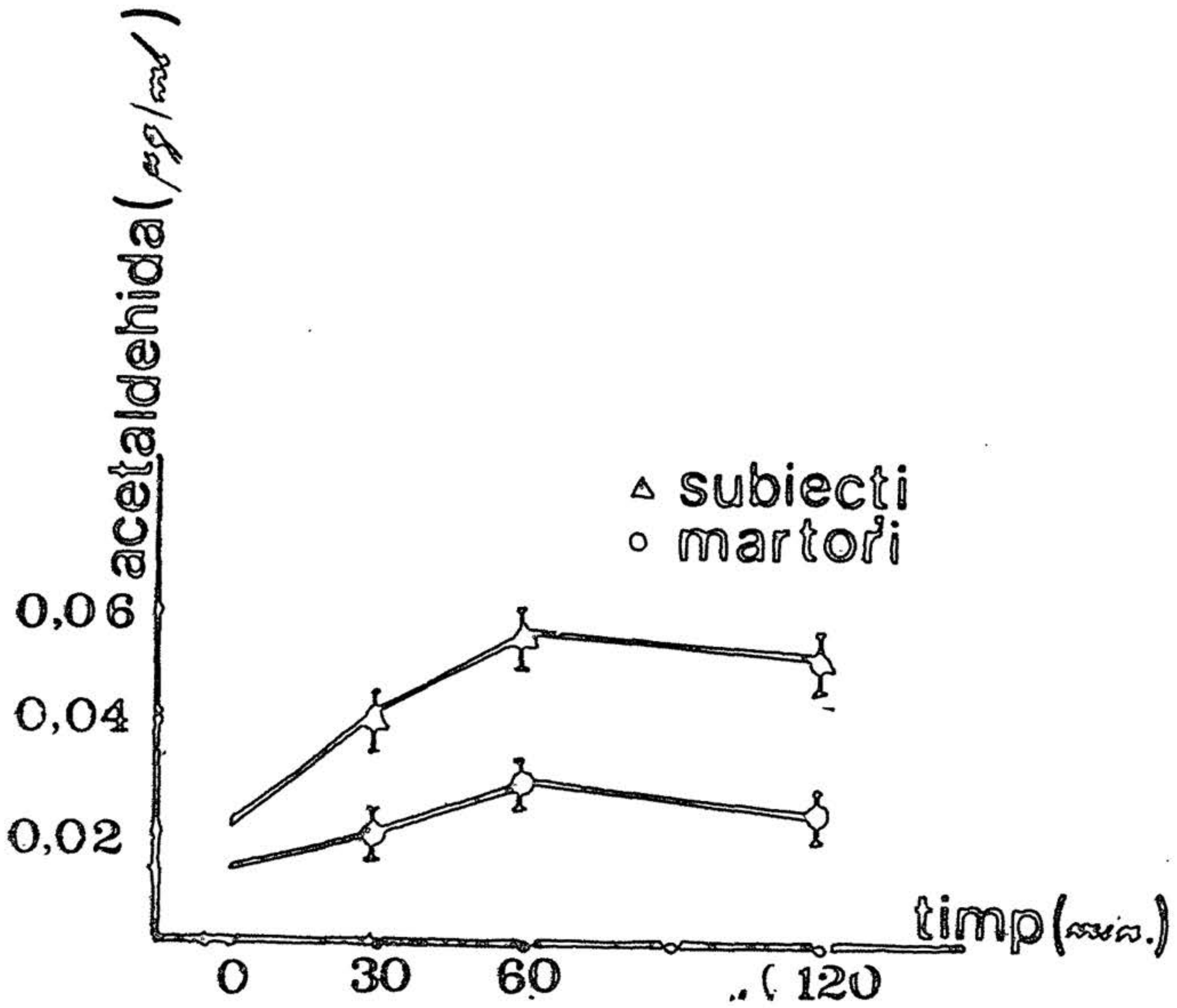


Fig. 1. Concentrații medii de acetaldehidă în sînge și erorile standard ale mediei pentru subiecți și martori după o singură doză de etanol (0,5 ml/kg).

Discuții. Prin valorile absolute ale concentrațiilor determinate se confirmă părerea despre variabilitatea, în general a rezultatelor, socotită a decurge din particularitățile de aplicare a procedeelor metodologice (3). O posibilă sursă de eroare, provenită din utilizarea congenerilor alcoolici

(7), a fost în mod conștient eliminată prin utilizarea în experiment a alcoolului pur. Oricum, aceste aspecte, deși de luat în considerație, nu denaturează sensul de desfășurare a procesului, dinamica sa. Mai mult, instituirea unui regim controlat de încărcare etanolică (0,5 ml/kg corp), pentru toți subiecții asigură, dintr-un punct de vedere, criterii comparabile ; aceasta, în ciuda faptului că relația doză-efect nu se concretizează în raportul etanol sanguin—acetaldehidă sanguină (6, 7, 8).

Disproporțiile la nivelul concentrațiilor de acetaldehidă între categorii de indivizi cu stări diferite par să reprezinte, în primul rînd, consecințe ale unor procese metabolice cu desfășurare particulară a cazurilor. Este de presupus că nivelul cantitativ superior, la subiecții alcoolici poate fi datorat fie producției mai crescute fie catabolismului redus a acetaldehidei produse. După unele păreri (6, 8), este posibil ca dehidrogenerarea incompletă a acetaldehidei să fie pusă în legătură cu afectarea hepatică (mitocondrială) indusă de consumul prelungit de alcool. Surprindem astfel, ca o consecință a daunei somatice persistentă în timp, efectul biochimic modificat manifest după provocare etanolică.

Schuckit și Rayses (9), constată răspunsuri similare (valori crescute), după ingestia de etanol la rudele nealcoolice ale pacienților alcoolici. Lărgind, în mod necesar cadrul de înțelegere a situației pe care o constatăm putem crede în semnificația elementului constituțional. În această idee, ne exprimăm părerea că concentrațiile aldehidice determinate, sub plafonul valoric „caracteristic“ pacienților alcoolici ar putea trăda, într-o anumită accepțiune supralicitarea diagnosticului.

Consecutiv celor constatate, pentru întregirea concluziilor considerăm de interes urmărirea desfășurării proceselor de metabolizare a aldehidei pînă la etapa epuizării acestora. Totodată, lărgirea cadrului de investigații prin cuprinderea rudelor biologice nealcoolice ale probandului alcoolic s-ar justifica ca intenție în tendințe prospective, comunicate deja de unele surse (9).

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Cohen G., Collins M. : Science, 1970, vol. 167. nr. 3926, p. 1749.
2. Davis V.E., Walsh M.J. : Science, 1970, vol. 167, nr. 3926, p. 1 005.
3. Eriksson C.J.P. : Science, 1980, vol. 207, pp. 1383—1384.
4. Ewing J.A., Rouse B.A., Pellizzari E.D. : Am. J. Psych., 1974, vol. 131, nr. 2, pp. 206—210.
5. Goedde H.W., Harada S., Agarwal D.P. : Hum. Genet.. 1979, vol. 51, pp. 331—334.
6. Korsten M.A., Matsuzaki S., Feinman L., Lieber C.S. : New Engl. J. Med., 1975, vol. 292, nr. 8, pp. 386—389.
7. Majchrowicz E., Mendelson J.H. : Science, 1970, vol. 168, nr. 3935, pp. 1 100—1 102.
8. Raskin N.H. : New Engl. J. Med., 1975, vol. 292, nr. 8, pp. 422—423.
9. Schuckit M.A.. Rayses V. : Science, 1979, vol. 203, pp. 54—55.
10. Truitt E.B. : Ann. N.Y. Acad. Sci. : 1973, vol. 215, pp. 177—182.

VALUES OF ACETALDEHYDES IN BLOOD IN ALCOHOLIC AND NON-ALCOHOLICS STIMMULATED WITH ETHANOL

Summary

The follow up in a dinamic process of the main metabolite of alcohol — acetaldehyde — offers the finding of some significant differences between blood concentrations in alcoholics and, respectively, in controls stimmulated with ethanol. Independently from this aspect it is maintained the tendency of constant values in both categories of subjects for a long period of time. It is expressed the opinion on the necessity of following themetabolic processes until the stage of their exhaustion as well as to enlarge the frame of investigations by observing non-alcoholic relatives of alcoholic pacients.

ACTUALITATEA DETERMINĂRII GAMA-GLUTAMIL-TRANSPEPTIDAZEI ÎN ALCOOLISMUL CRONIC

M. Cotrău, P. Brânzei, Maria Proca, V. Chiriță, Elena Andronic

Institutul de Medicină și Farmacie — Iași
Disciplina de Toxicologie și Clinica de Psihiatrie

GRAVITATEA PERTURBĂRILOR PSIHOSOMATICE ȘI IMPLICAțiile socio-economice ale alcoolismului cronic au suscitat numeroase studii privind depistarea și tratamentul intoxicației etilice.

Precizarea diagnosticului pe cale biochimică a recurs la diverse determinări, printre care : transaminazele serice, clorul plasmatic, 5 nucleotidaza, volumul globular etc., însă nici una nu oferă un răspuns cert.

O enzimă cu specificitate marcată în alcoolismul cronic este γ—GTP.

Gama-glutamil-transpeptidaza sau transferaza descoperită în 1913 de Dakin și Dudley în rinichiul de berbec, face parte dintre enzimele catabolismului protidic. Prin aceasta se asigură transferul grupării gama-glutamil de la un aminoacid la altul, furnizînd țesuturilor glutamatul necesar metabolismului lor normal.

Creșterea activității enzimei membranare γ—GTP în serul alcoolicilor se explică prin activarea sintezei proteice la nivel microzomal, datorită efectului inductor al alcoolului și altor factori exogeni toxici. (1, 2, 4, 5, 8).

Fenomenul a fost descris și la alți inductori enzimatici de tipul fenobarbitalului, meprobamatului, însă la alcoolicii cronici valorile γ—GT crescute revin exponențial la normal prin suprimarea consumului de alcool timp de 5 zile, spre deosebire de ceilalți inductori la care nu se observă o scădere similară.

Rosalki și Rau (8) ca și Rollason (9) și colab. au descoperit simultan în 1972, că activitatea γ—GTP este crescută la alcoolici, iar Lamy, Aron și colab. (5, 7, 6) au arătat în 1973 că această activitate enzimatică revine la normal după încetarea consumului de alcool.

Cotăru și al. (3) în 1981, pe un studiu de 72 alcoolici internați pentru cura de dezintoxicare găsesc deasemeni precocitatea creșterii activității γ—GTP ca test pentru verificarea stării celulei hepatice.

În spiritul datelor din literatură ne-am propus să urmărim în continuare evoluția γ—GTP la un lot de pacienți internați pentru cura de dezalcoolizare în spitalul Socola.

Material și metodă. Am urmărit pe un lot de 25 alcoolici, internați pentru cúra de dezintoxicare, variația γ—GTP la internare și după 5 zile de tratament cu antalcool.

Determinarea activității γ—GTP s-a făcut prin metoda Szasz. (10).

Rezultate și discuții. Valorile individuale ale enzimei γ—GTP la cei 25 subiecți (bărbați) luați în studiu sînt înscrise în tabelul nr. 1.

TABELUL I

Valoriie individuale ale gama-glutamil transpeptidazei (γ—GTP) la un lot de alcoolici înainte și după tratamentul cu antalcool.

Nr. crt.	Numele și prenumele	γ—GTP uI/l		Nr. crt.	Numele și prenumele	γ—GTP uI/l	
		Înainte	După			Înainte	După
1.	R. N.	6,9	13,8	14.	S. G.	21,8	23.0
2.	I. P.	11,4	12,0	15.	L. I.	24,0	20,0
3.	P. I.	12,0	16,0	16.	C. O.	28,0	21,0
4.	L. A.	12,0	27,0	17.	C. I.	32,0	26,0
5.	G. D.	13,2	17,4	18.	T. V.	36,3	10,6
6.	V. G.	14.8	30,8	19.	N. I.	36,8	39,1
7.	F. V.	16,1	29,9	20.	N. N.	38,0	5,6
8.	S. I.	16,1	20,7	21.	C. S.	52,9	71,3
9.	A. I.	17,6	6,0	22.	P. I.	73,6	34,5
10.	B. G.	17,8	9,6	23.	D. I.	78.2	87,4
11.	A. L.	18,4	11,5	24.	N. P.	121,0	16,0
12.	B. G.	18,4	20,7	25.	S. G.	163,0	16.0
13.	P. S.	20,7	25,3				

Înainte de tratamentul cu antalcool valorile γ—GTP variază între 6,9 și 163,0 uI/l, iar după tratament se observă o scădere marcată a valorilor mai mari inițial, încît ele sînt cuprinse între 5,6 și 87,4 uI/l adică o scădere în medie cu 50% la valorile peste 50,0 uI/l. Este interesant de menționat că la ambele serii de determinări valoarea mediană este aceeași 20,7 UI/l. O diferență semnificativă ca scădere se constată în cazul valorii medii care de la 35,4 coboară la 26,4 uI/l după tratamentul de 5 zile concomitent cu sevraj complet.

La subiecții cu valori inițiale în limitele normale (sub 28 uI/l) ale γ—GTP, se constată după 5 zile de tratament fie creșteri fie scăderi. Creșterile se petrec însă în marea majoritate a cazurilor între limitele normale ale acestei enzime (10 cazuri din 17). Ușoara creștere a valorilor activității enzimatice în ziua a 5-a, față de prima determinare se poate explica prin asigurarea unei alimentații echilibrate, ordonate și suplimentată vitaminic în perioada tratamentului, ceea ce induce o sinteză proteică inclusiv enzimatică superioară.

Fenomenul de scădere exponențială a γ—GTP la persoanele cu valori mari inițial, se petrece în proporție de 80% din cazuri confirmînd astfel datele din literatură.

Într-adevăr Aron, Lamy, Rosalky nu au găsit niciodată o scădere a reactivității γ—GTP de 100%, ci de aproximativ 80%. Nereacționarea

enzimatică așteptată la aproximativ 20% dintre alcoolicii cronici după „sevrage“ de 5 zile s-ar datora probabil individualităților biochimice.

Concluzii. Datele obținute, la determinarea γ—GTP la lotul de alcoolici investigați demonstrează că activitatea acestei enzime constituie un indicator destul de fidel în precizarea suferinței hepatice de natură alcoolică. Într-adevăr la persoanele cu valori anormale ale γ—GTP suspendarea consumului de alcool cuplată cu tratamentul de antalcool și anabolizante induce o scădere de la 120, 160 uI/l la 16,0 UI/l.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Aron E. et al. : Presse mèd. 1970, nr. 78, p. 331.
2. Aron E., Lamy J., Weill J. D. : Presse mèd. 1971, nr. 79, p. 357.
3. Cotrău M. și al. : Rev. Med. Chir. 1981, nr. 85, p. 1.
4. Hilemand, B. : Rev. de L'alcoolisme, 1983, vol. 29, nr. 1, p. 19—34.
5. Lamy J. et. al. : Clin. Chim. Acta, 1973, nr. 49. p. 189—193.
6. Lamy J., Aron E., Martin J. C., Weill J. : Clin. Chim. Acta, 1973, nr. 46, p. 251.
7. Lamy et al. — Clin. Chim. Acta. 1974, nr. 56, p. 169—173.
8. Rosalki S. B., Rau D. : Clin. Chim. Acta, 1972, t. 39, nr. 41, p. 47.
9. Rollason J. G., Pincherle G., Robinson G. : Clin. Chim. Acta, 1972, nr. 39. p. 75—80.
10. Szasz G. : Clin. Chem. 1969, vol. 15, nr. 2, p. 124.

THE DETERMINATION OF γ—GTP IN CHRONIC ALCOHOLISM AT PRESENT

Summary

The paper points out the necessity of determining γ—GTP in chronic alcoholics as well as in other patients in order to establish the nature of the hepatic suffering.

The authors share the opinion that the γ—GTP-test still remains the unique biotoxicological test in establishing chronic alcoholism, as 80% of the cases show an exponential decrease after 5 days of not drinking.

CONSIDERAȚII PRIVIND MODIFICĂRILE EEG ÎN TIMPUL TRATAMENTULUI CU NEUROLEPTICE INCISIVE

I. Ștefan, V. Hrimiuc, H. Gottlieb,
Maria Pop, Lăcrămioara Fărcășel

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

PORNIND DE LA OBSERVAȚIA CĂ ÎN MAREA LOR MAJORITATE suferinzii cu psihoze discordante indiferent de forma clinică au trasee normale sau aproape normale (1, 2, 3, 4, 5), am constatat la unii dintre ei, după aplicarea de tratament cu neuroleptice incisive, modificări evidente de traseu EEG.

În urma acestor fapte, am considerat că este necesar să studiem dacă efectul electric este un corolar al medicației sau este un răspuns cerebral dat de alți factori.

Tehnică și metodă. Cercetările au fost efectuate pe un lot de 108 schizofreni, diferiți ca formă clinică, vîrstă și sex.

Din numărul relativ mare de bolnavi în cea mai mare parte cronici și cu un îndelungat tratament cu neuroleptice majore, nu am reușit decît în cîteva cazuri (15) să surprindem bolnavii în perioada de debut a bolii și cărora să nu li se fi aplicat un tratament adecvat anterior.

La bolnavii din prima categorie (cronici) modificările EEG în timpul spitalizării au avut o incidență foarte scăzută și nesemnificativă.

La bolnavii în stadiul acut al bolii sau în orice caz de dată mai recentă, un număr de cca. 15—20% prezentau în cursul terapiei neuroleptice, față de traseul inițial ce servește ca martor, modificări destul de evidente. Acestea de obicei s-au obiectat prin apariția de : vîrfuri lente și ascuțite, izolate și grupate cu incidență destul de ridicată și uneori hipervoltate. În două cazuri s-au semnalat unde lente hipervoltate în banda lui deltha-theta polimorf (care după cum se știe denotă o suferință cerebrală serioasă).

Aceste modificări apar la începutul tratamentului și se mențin un timp mai mult sau mai puțin îndelungat, după care încep să regreseze pînă la dispariție.

În puține cazuri ele au persistat pînă la externarea pacienților din spital.

În toate cazurile felul tratamentului cît și doza aplicată au fost stabilite de clinician în funcție de gravitatea bolii ca atare.

În concluzie, dat find numărul relativ mic de bolnavi cu modificări EEG după tratamentul cu neuroleptice majore, este de presupus că acest efect nu este datorat unui răspuns direct la medicația aplicată ci ca o modificare electrică corticală de bun augur în ce privește efectul terapeutic și implicit al prognosticului, așa cum de altfel afirmă și alți cercetători.

La bolnavii cu evoluție îndelungată de aproximativ 15—20 ani de la debut și care au urmat perioade îndelungate de tratament, chiar și în decompensările acute și cu impregnări masive de neuroleptice, nu au mai apărut modificări electrice, de unde se deduce că reactivitatea lor este mult scăzută și nu mai răspund adecvat la medicația aplicată.

Această lucrare are drept scop de a semnala unele modificări electrice la bolnavii schizofreni și va servi drept bază pentru cercetările ulterioare în ce privește evoluția bolii și prognosticul în raport de medicația de elecție aplicată.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Kemali D.: Neuropsychobiology, 1980, nr. 6, pp. 260—267.
2. Kupfer D. J. and all.: Compr. Psychiatry. 1980, nr. 21, pp. 212—220.
3. Rochford J. M. and all.: Biol. Psychiatry, 1981, nr. 16, pp. 47—54.
4. Turan M. Itil and all.: J. Nerv. Ment. Dis. 1981, nr. 169, pp. 629—637.
5. Whitton J. L. and all.: Biol. Psychiatry, 1978, nr. 13, pp. 123—133.

CONSIDERATIONS CONCERNING EEG CHANGES DURING THE TREATMENT WITH INCISSSIVE NEUROLEPTICS

Summary

Analysing the EEG changes in the pacients with endogenous psychosis in the stage of debut after a massive intake of major neuroleptics as compared with those with a long term evolution (after a period of about 15—20 years from the debut) it is found a clear differenciation, the former revealing frequent changes of EEG in the course of the applied therapy.

In the phase of the debut, though unspecific the EEG changes are, however, a good omen as for the urognosis of the disease, distinct from the chronic pacients in which the EEG reactions as well as the clinical response to neuroleptic drugs are insufficient.

CORELAȚII MORFOCLINICE ÎN DELIRIUM TREMENS ALCOOLIC

O. Driga, I. Gherasimescu

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași.

COIRAULT (1) SUSȚINE CĂ: „...ÎN DELIRIUM TREMENS NU EXISTĂ focalizare anatomică ; atingerea nu este decît într-un stadiu funcțional ; datele de histologie seamănă cu cele întîlnite în stările de agresiune gravă". Mohr și Orsel (2) subliniază că în delirium tremens se întîlnesc în mod constant leziuni hepatice și pulmonare. În ceea ce privește examenul creierului, autorii notează : — un edem și hemoragii subcorticale microscopice ; o degenerescență neuronală ; o reacție glială.

Smirnova și Herber (3) găsesc și ei în studiul lor că procesul anatomo-patologic din delirium tremens are un caracter difuz, fără localizare anume și se diferențiază net de tabloul anatomo-patologic din encefalopatia Wernicke și psihoza Korsakov.

Acești autori ca și Zapolski și colab. (4) găsesc că modificările anatomo-patologice din delirium tremens corespund tabloului de encefalopatie alcoolică cronică.

Prezentăm mai jos constatările noastre din examenul necropsic a 11 cazuri de delirium tremens alcoolic cu evoluție letală dintr-un lot total de 283 de cazuri de delirium tremens internate într-un serviciu de psihiatrie pentru bărbați, într-un interval de 5 ani. Vîrsta medie era de 50,9 ani, cazurile situîndu-se între vîrstele de 39 și 65 ani. La cazurile studiate durata spitalizării pînă la deces a a fost de 1—10 zile. cu o durată medie de 4,1 zile. La toate cazurile evoluția clinică a fost tipică pentru delirium tremens sever, cu prezența de mari tulburări cantitative de conștiință ,evoluînd pînă la comă și exitus. S-au notat producții haluciantorii, elemente de delir de persecuție, excitație psihomotorie caracteristică, un eretism vegetativ pronunțat, tulburări circulatorii cu importante aritmii, puls rapid, modificări tensionale, tendință la colpas, tulburări neurologice cu deficit de coordonare motorie, tulburări de deglutiție, de echilibru, evoluție care a dus la moarte prin insuficiență cardio vasculară în pofida tratamentului intensiv aplicat la toate cazurile.

Examenul necropsic macroscopic a fost completat cu studiul microscopic al materialului prelevat și prelucrat prin tehnici uzuale (includere în parafină și colorație cu hemalaun-esosină și Van Gieson) completate cu colorații speciale (P.A.S., colorații pentru grăsimi cu Scharlach și Sudan III, impregnarea argentică pentru nevroglie și coloratia Nissl). Atît examenul macroscopic cît și cel microscopic au pus în evidență următoarele modificări : tulburări circulatorii (stază și edem) în meninge și creier (în toate cele 11 cazuri), în plămîni, splină și ficat (în 10 din 11 cazuri). La nivelul *meningelor* și *creierului,* pe lîngă aceste modificări s-au mai notat : hemoragie subarahnoidiană importantă (1 caz), sufuziuni și

microhemoragii prin diapedeză constante în toate cazurile. de instensitate variată. Meningele a fost găsit îngroșat fibros în majoritatea cazurilor, uneori cu prezentarea unui infiltrat cronic limfo-histiocitar. Într-un caz s-a evidențiat o „meningoencefalită cronică cu zone de fibroză și aderente piale", în alt caz un aspect de „leptomeningită cronică nespecifică, cu aderențe meningeale parcelare". Creierul prezenta într-un caz o atrofie frontală. Vasele cerebrale au prezentat ateroscleroză la nivelul celor de calibru mai mare, mai accentuate la două cazuri în vîrstă de 44 și respectiv 54 ani, cu depuneri calcare în tunica vasului la primul dintre ele. Calcificări ale plexurilor coroide s-au întîlnit la unul dintre cazuri. Arteriolele au fost găsite aproape în toate cazurile îngroșate, cu un grad variabil sau de hialinoză, pe alocuri pronunțată. Hemoragii de diverse întinderi sau sufuziuni sanghine diseminate s-au notat la peste jumătate dintre cazuri. Vase ectaziate s-au găsit în nucleii de la bază, mai ales în trunchiul cerebral (4 cazuri). Infiltrate inflamatorii perivasculare au fost notate în cîteva cazuri. La un caz s-au observat necroze ischemice perivasculare în putamen. Modificările neuronale au constat în leziuni degenerativ distrofice variate în general importante întîlnite la toate cele 11 cazuri. Leziunile predominau în scoarță, cu precădere cea frontală și prefrontală și în nucleii de la bază. La 9 din 11 cazuri s-au evidențiat plaje de depopulare neuronală, care aveau aspect de atrofie corticală în unele zone (în 8 din 11 cazuri). Neuronofagii au fost remarcate pe 5 cazuri. O perturbare a citoarhitectoniei, în deosebi prefrontală și frontală s-a observat mai net la un caz în vîrstă de 44 ani. Într-un caz s-au decelat forme celulare hipertrofice cu tendință la îngroșarea și ondularea prelungirilor. Într-un alt caz s-au pus în evidență focare de demielinizare diseminate. Reacția glială era importantă la 8 dintre cele 11 cazuri, proliferarea microgliei fiind un element constant. Dispoziția lua frecvent aspect de noduli gliali. Uneori s-a identificat prezența gliei amiboidale.

Celelalte organe: *Pulmon.* În toate cazurile prezența stazei și edemului a fost înregistrată. La 6 dintre cele 11 cazuri s-au evidențiat pneumopatii acute. Unul dintre cazuri prezenta leziuni de tuberculoză fibronodulară apicală unilaterală. Într-un caz s-au notat zone de infractizare numeroase pe un fond de emfizem pulmonar. *Cord.* Modificări mai importante: hipertrofie concentrică a ventricolului stîng, dilatare și hipertrofie cardiacă, infarct cicatricial (un caz). Examenul microscopic a relevat: distrofie acută a fibrelor miocardiace (9 din 11 cazuri) prezența de fibre hipertrofice (2 cazuri), focare de mioliză (2 cazuri) leziuni de fibroză de diferite grade (7 cazuri din 11). *Mucoasa gastrică.* Prezenta în numeroase cazuri aspect de gastrită cronică pînă la aspectul de gastrită subacută hemoragică cu zone de necroză. *Ficat.* Afectarea severă a ficatului a fost întîlnită la 9 din cele 11 cazuri, la celelalte două înregistrîndu-se doar leziuni minore. La unul dintre cazuri s-a notat steatoză simplă. La alte cazuri s-a observat coexistența leziunilor de steatoză cu cele de reacție hepatică a parenchimului hepatic. În sfîrșit, la două cazuri s-a înregistrat ciroză hepatică constituită unul dintre ele prezentînd „carcinom hepatic pe fond de ciroză atrofică". *Pancreas.* Prezenta la unele cazuri modificări ca stază, necroză interstițială, fibromatoză. *Splina.* Prezenta leziuni de stază la 8 dintre cazuri. Modificările reacționale erau prezente la peste jumătate dintre cazuri. S-au mai observat hemoragii. infarct roșu. *Rinichi.* Afectarea rinichilor s-a semnalat la toate cele 11 cazuri. Dintre ele, 9 prezentau leziuni de glomerulonefrită cronică. Un caz (39 ani) prezenta glomerulonefrită acută, iar altul (43 ani) glomerulonefroză cronică. S-au mai observat leziuni ateromatoase și de arteriolohialinoscleroză. *Glanda suprarenală.* În glanda suprarenală s-au notat leziuni ca reducerea lipoidului cortical și îngroșarea corticalei.

Cazurile de delirium tremens alcoolic investigate de noi necroscopic ne-au condus la următoarele constatări:

1 — prezența tulburărilor circulatorii acute (staza și edemul generalizate, hemoragiile în general în focare mici diseminate cu predilecție

perivasculare) ; 2 — asocierea unor pneumopatii acute (6 cazuri) și a tuberculozei pulmonare (1 caz), 3 — prezența unei afectări de durată a creierului în toate cazurile, asumînd prin extensiune amploarea unei encefalopatii, în unele cazuri asociindu-se cu sechele ale unor encefalopatii de cauză determinată (meningite, meningoencefalite virotice sau microbiene) 4 — leziuni hepatice prezente la toate cazurile ; 5 — prezența constantă, concomitentă a leziunilor renale ; 6 — leziunile cardiace propriu-zise, mai discrete dar nu neglijabile, în parte legate de intoxicația etilică cronică, pe lîngă condițiile circulatorii locale.

După cum reiese, delirium tremens este rezultatul unei afectări generale, difuze a întregului organism, ca urmare a intoxicației cronice etilice pe fondul unor tare viscerale preexistente sau asociate prin receptivitatea creată de această noxă. În consecință, asistarea acestor cazuri impune o cooperare a psihiatrului cu colegii din specialitățile medicinii somatice.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Coirault R. : Encyc. Méed.-Chir., 1961, Paris.
2. Mohr., Orsel C., Bernard P. : Encyc. Méed-Chir., 1971, Paris.
3. Smirnova I. N., Herber E. L. : J. Nevrop. i Psihiat. Moskva, 1972, pp. 1037—1041.
4. Zapolski E. M. : J. Nevrop. i Psihiat., Moskva, 1976, pp. 1070—1073.

MORPHO-CLINICAL CORRELATIONS IN ALCOHOLIC DELIRIUM TREMENS

Summary

There are analysed the data of the examination of pathologic anatomy in 11 cases of alcoholic delirium tremens with lethal evolution.

The presence of acute circulatory lesions is noted in all cases. The investigation of the brain reveals a lasting affection that reaches the ampleness of an encephalopathy. It is analysed the nature and the frequency of somatic lesions. In general the data show that this affection has a generally diffuse characteristic without a distinct localisation of the pathologic process.

CONSULTAȚIA PREPSIHIATRICĂ ÎN ASISTENȚA GNATOPROTETICĂ

V. Burlui, G. Marin

Institutul de Medicină și Farmacie — Iași
Clinica de protetică dentară

INVESTIGAREA CLINICĂ A BOLNAVULUI TREBUIE SĂ AIBĂ UN caracter interdisciplinar, deoarece ființa umană se caracterizează ,printr-o unitate bio-psiho-socială, în care diferitele componente biologice și psihice, influențate într-o măsură mai mare sau mai mică de mediul social, sînt implicate în mod special, ceea ce de fapt dă fiecăruia originalitatea personalității lui. ,Investigațiile clinice vor fi orientate și pe plan psihologic și social ele servind instituirii unei scheme terapeutice corespunzătoare, prin luarea în considerare atît a personalității bolnavului, cît și a mediului familial și profesional în care își desfășoară existența. Investigația multiplă atrage atenția asupra faptului că sarcina medicului este foarte complexă ea, nereducîndu-se doar la punerea unui diagnostic medical și prescrierea unor remedii, ci și la studiul aprofundat al personalității bolnavului în raport cu mediul, la aprecierea aspectelor patologice în strînsă legătură cu personalitatea premorbidă, morbidă și cu mediul său fizic și social de existență.

Consultația prepsihiatrică se efectuează în cadrul cabinetelor de medicină generală și interclinic și are rolul de a filtra bolnavii cu tulburări psihice, o parte din acestea tratîndu-se la nixelul acestor cabinete, iar cei cu tulburări mai profunde sînt îndreptați spre serviciile de specialitate psihiatrică. Dat fiind impactul psihologic amplu și frecvent pe care afecțiunile gnatoprotetice le au asupra bolnavilor în clinica de gnatoprotetică, la Iași a fost înființat un cabinet de integrare psiho-gnatoprotetică cu rolul de a asigura corecția comportamentului psihologic, mergînd pînă la restructurarea atitudinii bolnavului față de propria suferință, față de tratamentul aplicat. În cadrul cabinetului psiho-gnatoprotetic s-a examinat și aplicat tratament psihoprotector la un număr de 151 bolnavi în decurs de 3 ani. Examinarea bolnavilor s-a efectuat prin intermediul unor proceduri variate, cum ar fi : observația, convorbirea, chestionarul (de intro-extroversiune Eysenck, de anxietate Murray) și utilizarea unor teste psihologice (testul Rorschach).

În orice boală indiferent de natura ei (organică, psihică) există o strînsă corelație psihosomatică. De aceea, medicul trebuie să țină cont de faptul că fiecare persoană are, în funcție de boală, o psihologie proprie,

că în fața bolii el reacționează cu toată personalitatea sa, dar și în funcție de obiceiurile tradiționale ale mediului său etnic și cultural. Iată de ce, în cadrul investigațiilor prepsihiatrice am acordat egală atenție cercetării mediului familial, provenienței bolnavului respectiv și raportul acestuia cu membrii familiei, cît și aspectelor specifice de personalitate a suferindului în cauză. Mai precis, în cadrul consultațiilor efectuate în cabinetul de psiho-gnatoprotetică am avut în atenție următoarele aspecte :

— caracterul de ansamblu al familiei în cauză ;

— raporturile dintre membrii familiei respective ;

— stabilirea unor eventuale tendințe aberante sau patologice ereditare la membrii actuali ai familiei bolnavului respectiv sau la ascendenții acestuia (inteligență de limită, debilitate mintală, tendințe agresive, hiperemotivitate etc.).

În starea de îmbolnăvire care precede apelul bolnavului la medic, acesta dezvoltă un complex de trăiri ideo-afective specifice, de care medicul trebuie să țină cont în stabilirea diagnosticului și activitatea sa terapeutică.

Aceste aspecte de climat și de structură familială caracterizate de conflicte și insuficiențe socio-culturale și educative își pun pecetea asupra personalității individului, punîndu-l în situație de îmbolnăvire și determinîndu-i o reactivitate caracterizată prin următoarele atitudini :

— refuzul sau fuga de realitate (teama de tratament, de eșec, dependență față de alții sau tendința de a-și neglija suferințele ;

— acceptarea de a fi pus într-o stare de totală dependență față de cei din jur ;

— refuzul și însușirea conștientă sau inconștientă a bolii (în situațiile cînd bolnavul intuiește faptul că poate să profite într-o formă sau alta de pe urma bolii sale).

În examinările noastre am găsit suferinzi încrezători în forțele proprii. în posibilitatea de a depăși momentul existențial dificil prin care trec, dar și bolnavi anxioși care se descurajează ușor cultivînd chiar o teamă față de gravitatea bolii proprii. Sînt și bolnavi inteligenți cu un bogat fond de cunoștințe medicale, cu care se poate bine colabora în cadrul relației „medic-bolnav" dar care, pot fi circumspecți față de analizele și deciziile medicului sau care pot simula sau disimula o simptomatologie foarte variată. În opoziție cu aceștia, am găsit bolnavi cu un nivel mai scăzut de inteligență și cunoștințe generale și medicale, care nu își găsesc cuvintele potrivite și atitudinile necesare pentru judecarea și aprecierea corectă a propriilor suferințe și raportul dintre ei și mediul înconjurător.

Tratamentul psihoprotector al bolnavului din cabinetul psiho-gnatoprotetic a constat în aplicarea unor forme specifice de psihoterapie familială, în cadrul cărora un rol important a revenit menținerii și influențării în sens pozitiv, atît a relațiilor bolnavului cu grupul său social, cît și atitudinii grupului (familie, soț-soție, părinți-copii etc.) față de bolnav. În cazul în care am avut de-a face cu suferinzi foarte impresionabili, a fost necesar, în consultațiile noastre, să fim foarte atenți la expresiile și explicațiile pe care le-am dat, deoarece interpretările eronate sau emoționale pe care acestea le realizează, pot constitui pentru bolnav adevărate traume psihice (de obicei, cu un ecou somatic foarte evident). În același scop am acționat spre întărirea capacității de autocontrol, a stăpînirii de sine și a puterii bolnavului de a se adapta situa-

ţiilor neplăcute, canalizînd preocupările sale spre o activitate care să-i dea satisfacţii şi care să-i abată atenţia de la conflictele sau preocupările sale morbide.

În cazul bolnavilor la care psihoterapia nu a fost suficientă echilibrării psihice, am aplicat tratamentul psiho-farmacologic, administrînd tranchilizante minore (Diazepam, Rudotel, etc.) iar cazurile mai complicate au fost îndrumate spre clinica psihiatrică.

Concluzii. 1. Investigarea clinică a bolnavului trebuie să aibă un caracter interdisciplinar deoarece, fiinţa umană se caracterizează printr-o unitate bio-psiho-socială.

2. Examinarea prepsihiatrică are rolul de a filtra bolnavii cu tulburări psihice şi a-i dirija spre serviciile de psihiatie.

3. Aplicarea unei metodologii complexe de examinare psihologică permite punerea unui diagnostic şi instituirea unui tratament cît mai adecvat cazului respectiv.

4. Organizarea cabinetului de psiho-gnatoprotetică din cadrul Clinicii de protetică dentară s-a dovedit a fi salutară, consultaţia prepsihiatrică găsindu-şi locul firesc în algoritmul asistenţei gnatoprotetice.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Athanasiu A.: *Elemente de psihologie medicală*, Edit. Medicală, Bucureşti, 1983.
2. Brânzei P.: *Itinerar psihiatric*, Edit. Junimea, Iaşi, 1975.
3. Burlui V.: Rev. Med. Chir. nr. 4, 1984, pp. 687—694.
4. Brânzei P., Scripcaru Gh., Pirozynski T.: *Comportamentul aberant în relaţiile cu mediul*, Edit. Junimea, Iaşi, 1970.
5. Rudică T.: *Niveluri ale conduitei umane*, Edit. Junimea, Iaşi, 1984.

PREPSYCHIATRICAL CONSULTATION IN GNATHO-PROSTHETICAL CARE DELIVERY

Summary

Within the framework of general investigations, the anthors investigated 151 subjects with psychic troubles by making familial and professional medium soundings, using different psychological methods, in order to discover disease generating factors.

At the same time, by using these kinds of examinations they gathered some information concerning the pacient's premorbide personality, information that permitted them to formulate some conclusions on the development and the dinamical structure of the patient's psychic personality and also, on the respective pacient possibilities to fight against psycho-patological symptoms and applying of an as much adequate possible therapy.

MANIFESTĂRI ORO-FACIALE ÎN CURSUL UTILIZĂRII MEDICAȚIEI PSIHOTROPE LA BOLNAVII PSIHICI

Margareta Hrimiuc, V. Hrimiuc, R. Chiriac, Angela Chiriță

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

ÎN TOATĂ LUMEA SE FACE AZI APEL CU VEHEMENȚĂ ÎMPOtriva uneia din cele mai periculoase „maladii" a secolului XX boala medicamentoasă. Aproximativ 15% din totalitatea bolilor se datorează acestei maladii iar mortalitatea în unele țări se situează pe locul 4.

Dezvoltarea chimioterapiei psihotrope cu largi utilizări în clinica psihiatrică pentru efectele lor sedative anxiolitice, hipnotice, antidepresive, psihostimulante sau psihodestructurante, a dat naștere unei noi patologii secundare abuzului și accesibilității crescute. Neurotropismul lor se exercită în general asupra sistemului nervos central la nivelul structurilor complexe mezodiencefalo-striate, influențînd funcțiile psihice elementare dar și activitatea întregului organism prin intermediul sistemului neuro-umoral.

În spitalele de psihiatrie unde bolnavii psihotici sînt supuși acestei terapii intensive, manifestările patologice din sfera oro-facială sînt destul de frecvente. Pollac descrie diverse aspecte ale complicațiilor bucale în cursul terapiei psihotrope sub denumirea de „sindromul bucal" caracterizat prin : uscăciunea bucală difuză, gingivită congestivă eritematoasă sau pultacee, eritem a întregii mucoase bucale, fisuri la nivelul buzelor, perleș, limbă închisă la culoare, aspră sau din contra netedă, roșie depapilată, frecvența candidozei bucale și a altor levuri. Acest autor consideră că administrarea prelungită de neuroleptice și tranchilizante determină aceste tulburări, provocate în special prin înmulțirea candidei albicans ca urmare a diminuării secreției salivare.

Dechaume și colab. insistă asupra faptului că uscăciunea bucală este manifesarea cea mai frecventă care inițial poate fi funcțională apoi organică și permanentă, evidențiind frecvența policariilor și infecții cronice ale glandelor salivare.

Cornebise (1971) a prezentat o teză de doctorat asupra acestei probleme, experimentînd și efectul diverselor soluții cu medicamente psihotrope asupra dinților extrași.

Pornind de la aceste date din literatură am investigat în decursul anilor un lot de 800 pacienți cuprinși între vîrsta de 25—40 ani, toți avînd de la debutul bolii și pînă la data luării în evidență o perioadă de tratament de cel puțin

5 ani cu psihotrope variate din grupa clorpromazinei, fenotiazinei. butirofenone, timoleptice și timoanaleptice, cărora le-am efectuat examene clinice periodice, examene micologice și examene biochimice. Dificultatea a constat în faptul că a fost dificil pentru noi de a selecta bolnavii cu psihoze endogene după grupele de medicamente utilizate, majoritaatea lor la data luării în evidență luaseră deja cîte 3—4 tipuri de medicamente din grupe diferite. Totuși investigațiile noastre sînt relevante pentru a demonstra că pe lîngă alți factori medicația psihotropă este capabilă să producă un „sindrom bucal", sub diferite aspecte și intensități uneori cu anumite particularități și cu un anumit grad de specificitate pentru medicația utilizată.

Cercetările noastre au evidențiat :

1. *Examenul clinic.* Elementul cel mai frecvent întîlnit a fost tulburarea dinamicii secreției salivare uneori pînă la asialie, care după părerea noastră a stat în majoritatea cazurilor la baza apariției celorlalte modificări bucale. Asialia este variabilă în funcție de tratamentul prescris, de durata lui, de asociațiile medicamentoase și de vechimea bolii, desprinzînd în acest sens mai multe grupe :

a) o uscăciune bucală ușoară a determinat în general tulburări funcționale : senzații de salivă care se lipește de buze și dinți, senzații de gust neplăcut al alimentelor, de arsură în timpul ingerării, halenă fetidă. Mucoasa nu are modificări însă gingiile sînt constant atinse (gingivită marginală eritematoasă) ;

b) o uscăciune bucală de intensitate medie determină : senzații de uscăciune la nivelul mucoasei faringiene nazale și conjunctivale disfagie. Examenul exo-bucal evidențiază buzele inflamate fisurate uneori de culoare roșie aprinsă, alteori acoperite cu mici cruste albicioase iar perlești este frecvent întîlnit. Fața internă a obrajilor este netedă lăcuită cu fundul de sac gingivojuval plin cu salivă de aspect spumos concentrată și albicioasă. Limba de aspect neregulat lipicioasă culoare în general albicioasă, dar în 3 cazuri a avut un aspect cafeniu negricios. Bolta palatină este roșie lăcuită cu inflamația orificiilor excretoare ale glandelor palatine. Fața posterioară a faringelui este uscată cu cruste gălbui lipicioase. Orificiile canalelor lui Stenon și Warthin sînt inflamate, deschise evacuînd o salivă redusă grunjoasă sau filantă ceea ce indică o sialodochită asociată ;

c) o uscăciune bucală foarte mare afectează mai grav întreaga mucoasă cu jenă în masticații și deglutiții care devine dificilă din cauza uscăciunii dar și a sindromului neuroleptic. Faciesul este caracteristic cu pielea uscată care se descuamează, pliurile feței imobile, conjunctivite și blefarite frecvente. Perlești se extinde și în jurul orificiilor nazale. Endo-bucal se constată uscăciunea mucoaselor care devin roșii lăcuite cu cruste cafeniu gălbui aderente sub care se pot pune în evidență diverse grade de eroziune. Limba poate fi uscată (aspect de limbă friptă), sau depapilată de un roșu aprins. Presiunea pe parotide nu duce la apariția salivei. Frecvent se întîlnește candidoza bucală. Dinții prezintă în general o placă dentară difuză, dar mai semnificativ ni se pare apariția polica-

riilor foarte numeroase și cu anumite particularităţi care le deosebesc de cariile pacienților nepsihotici și netrataţi cu neuroleptice. Localizarea este de obicei la nivelul coletului cu dezlipirea gingiei și retracţia ei. Forma cariei este deosebită prezentînd marginile tăioase, transparente și sfărîmicioase la o presiune minimă. Dentina apare negricioasă sau albăstrie, este moale, poroasă, neputîndu-se preciza uneori limitele dintre ea și smaltul sănătos. Cariile sînt puțin dureroase chiar la agenți chimici, termici sau dulciuri. În faze mai avansate caria se întinde în jurul coletului realizînd distrugere în fund de ciupercă, evoluînd spre faza ocluzală dar și de-a lungul rădăcinii. Pulpa este rapid atinsă fără a se constata semne clinice de pulpită acută, uneori pot apare dureri nevralgice difuze. Acest fapt ne face să credem că este vorba de o mortificare spontană a pulpei dentare care poate trece neobservată. Procesul careos prinde cu predilecţie coletul premolarilor și molarilor apoi progresiv poate cuprinde toţi dinții. În literatura de specialitate se remarcă faptul că aceste procese careoase se întîlnesc de asemenea și la bolnavii trataţi cu cobalt sau radium, care de asemenea se însoțesc de hiposecreţie salivară.

2. *Examenul micologic.* Selecţionînd un lot de 50 bolnavi psihotici cu asialie și manifestări bucale patologice care au efectuat tratamente mixte îndelungate cu neuroleptice, am recoltat saliva din fundul de sac vestibular de asemeni și dentina din țesuturile dentare cariate. Examenele au evidenţiat în 70% din cazuri prezența unei levuri predominînd candidoza bucală, iar în 10% din cazuri am găsit o asociaţie între candida albicans și alte levuri.

3. Examenul biochimic. În saliva recoltată de la aceleași cazuri am dozat PH-ul, glucoza și debitul salivar. Debitul salivar scăzut l-am constatat în 32% din cazuri, iar PH-ul acid (4—5,50) mai frecvent la cei cu hiposecreţie salivară în 30% din cazuri, în rest rezultate neconcludente. Am putut stabili totuși o concordanţă între scăderea secreţiei salivare modificarea PH-ului și prezența candidozei bucale. Glucoza a fost prezentă în 7% din cazuri.

Experienţele de laborator pe dinții extrași și menţinuţi în soluţie de clorpromazină sau haloperidol au demonstrat o acţiune diferită atît asupra rădăcinii cît și asupra coroanei. Aceasta însă nu poate explica în totalitate sindromul bucal care apare în cursul terapiei cu neuroleptice deoarece timpul de trecere prin cavitatea bucală este scurt, dar pe de altă parte eliminarea acestor substanţe se face și prin salivă fapt care ar putea justifica pînă la un punct noţiunea nocivă directă.

Noi concluzionăm că în apariţia sindromului bucal în cursul terapiei cu neuroleptice în afara modificărilor cantitative și calitative ale secreţiei salivare ale mediului bucal, intervin și alți factori care ţin de implicaţiile biochimice, imunologice și enzimatice care au loc în însăși evoluţia psihozei endogene care beneficiază de aceste tratamente.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Cornebise J. : Actualités odonto-stomat. 1975, nr. 19—20.
2. Dechaume P. : Revue de stomatologie. 1965, nr. 5.
3. Hrimiuc Margareta : Teză de doctorat I.M.F. Iași, 1979.
4. Nordboe, H., Roella G., Giermo P. : The effect of chelatory agents an plaque. J. dent. Res. 1980, 59, 1, pp. 77—78.
5. Petrescu A. D. : Actualități în biochimia și microbiologia plăcii dentare. Stomatologia, București, 1981, nr. 2, pp. 241—248.

ORO-FACIAL MANIFESTATIONS IN THE COURSE OF INTAKE OF PSYCHOTHROPIC MEDICATION IN PSYCHIC PACIENTS

Summary

Examining a sample of pacients with endogenous psychoses who enjoyed for a long time treatments with neuroleptics, the authors reveal certain changes that appear in the oro-facial territory under the name of „Buccal syndrome".

Clinical examinations have been carried out and peculiarities of such changes in teeth. mucoses and gingivas and the quantitative and qualitative changes of salivary secretion are described. At the same time, there have been performed mycological and biochemical examinations as well as laboratory experiences with the removed teeth maintained in various solutions with various neuroleptic substances. Finally it is concluded the possible relation between the endogenous psychosis and the action of neuroleptics and the changes of the oro-facial territory.

ASPECTE ACTUALE DE EPIDEMIOLOGIE CLINICĂ, DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT AL SIFILISULUI NERVOS

C. Postelnicu, Elisabeta Bernescu-Sărăcăceanu, Gabriela Enache

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

NEUROSIFILISUL A FOST O CONSTANTĂ ÎN TEMATICA PREOCUpărilor științifice ale clinicilor de psihiatrie și neurologie din centrul universitar medical Iași, începînd chiar din primul deceniu de activitate a Spitalului Socola.

De la înființare și pînă în 1970 inclusiv, adică timp de 65 ani, în cadrul acestui spital au fost internați în medie anuală 73,40 de cazuri noi. După 1970 în statistica internărilor de noi cazuri de neurosifilis se observă o scădere vertiginoasă, din 1980 și pînă în prezent la nivelul spitalului Socola depistîndu-se numai un singur caz de pgp, deși interesul și preocupările pentru neurosifilis nu au fost complet abandonate.

O conjunctură favorabilă, creată prin prezența concomitentă în deceniul al VII-lea la nivelul spitalului Socola a clinicilor de psihiatrie, neurologie și neurochirurgie din Iași a creat posibilitatea unei aprecieri de largă perspectivă clinică asupra distribuirii statistice a formelor clinice de neurosifilis. Pe un număr de 737 bolnavi cu neurosifilis, cazuri noi în respectiva perioadă se notează 55,8% cazuri de pgp, 24,15% tabes, 7,73% lues meningovascular, 1,22% lues congenital cu manifestări nervoase, 0,27% gome luetice, 0,67% neurosifilis cu predominanță oculară, 1,62% neurosifilis meningo-spinal.

În prezent, precum și în viitorul apropiat există perspectiva unei recrudescențe a sifilisului nervos cu necesitatea prevederii unor măsuri de asistență. Lipsa unei asemenea prevederi poate decurge din :

— apariția în mass-media, cît și în cercurile medicale a unei opinii persistente că sifilisul nu mai este o problemă de sănătate publică, tratamentele moderne cu penicilină find eronat apreciate a fi în măsură a rezolva atît aspectele clinice, cît și epidemiologice ale acestei infecții ;

— dominarea gîndirii și practicii medicale neurologice și psihiatrice contemporane de probleme de morbiditate „la modă" (nevroze, alcoolism, boli cerebro-vasculare, neuroinfecții virale etc.), și acceptarea lipsei de diagnosticare a neurosifilisului ca o situație epidemiologică de eradicare a bolii ;

— lipsa de informații, educație clinică și formație profesională privind problematica clasică și contemporană a neurosifilisului la tot mai mulți medici și specialiști, îndeosebi din generațiile tinere ;

— aparenta modificare a stereotipului dinamic de manifestare clinică a neurosifilisului prin introducerea penicilinei în schemele oficiale de tratament ale sifilisului ;

— diminuarea importanței diferențierii diverselor forme clinice de neurosifilis ca urmare a folosirii în ultimele decenii în tratamentul acestei boli aproape în exclusivitate a antibioticelor ;

— dispariția din marile spitale clinice a compartimentelor specializate, de tradiție și reputație bine stabilită a fi centre de referință, diagnostic de înaltă calificare, îndrumare metodologică privind problematica de ansamblu a neurosifilisului (depistare, diagnostic clinic și de laborator, tratament, cercetări științifice, publicații etc.).

O problemă de mare importanță practică dar și cu evidente implicații în euristica clinică și teoria medicală este aceea a prezumtivei modificări a patografiei clasice a neurosifilisului. Pleiomorfismul clasic al neurosifilisului nu s-a modificat în aspectele patografice contemporane, dar din cauze obiective și subiective nu mai este recunoscut ca atare de medici, situațiile obișnuite din perioada clasică fiind etichetate în prezent ca situații de excepție. Practicianul zilelor noastre este necesar să aibă în vedere posibilitatea prezenței neurosifilisului într-un tablou clinic nespecific dominat de o simptomatologie inconstantă de reflexe anormale sau absente, modificări pupilare, tulburări senzoriale, simptome din partea nervilor cranieni, modificări ale personalității, tulburări mintale, accidente cerebro-vasculare, simptome medulare, convulsii, tulburări ale stării de conștiență, semne clinice de meningită cronică etc.

În imensa majoritate a cazurilor, diagnosticul de neurosifilis este în zilele noastre o veritabilă „trouvaille“ de laborator, datele clinice sus amintite, dar mai ales educația și gîndirea clinică a medicului fiind elementul catalizator al demersului exploraționist impus de suspiciunile clinice privind această boală. Subliniem necesitatea examenelor serologice pentru lues, atît în sînge, cît și în L.C.R., dar numai la nivelul unor laboratoare strict specializate și cu o mare experiență în diagnosticul neurosifilisului. Datele de experiență personală ne îndreptățesc să apreciem că prelevările de sînge și L.C.R. în acest scop se pot efectua aproape în totalitatea cazurilor în regim de asistență ambulatorie. În cazul unor medici bine familiarizați cu tehnica prelevării L.C.R. prin punctie suboccipitală consiliem ca această metodă să fie preferată în toate cazurile de suspiciune de neurosifilis, care nu impun asistență în regim de clinoterapie. Interpretarea rezultatelor de laborator sugerăm a fi lăsată în etapa stabilirii diagnosticului definitiv în seama unor specialiști bine familiarizați cu aspectele contemporane ale problemei. Menționăm numai că în aprecierea vindecării sifilisului și implicit a neurosifilisului este recomandabil a se folosi numai seroreacțiile care utilizează antigene netreponèmice (testele lipoidice clasice, Standard Test Serological-S.T.S.) sau testul cu antigene treponemice Reiter (RPCF). Testele cu antigene

treponemice patogene (FTA, FTA-ABS, TPHA, TPI) nu se recomandă pentru supravegherea postterapeutică, deoarece ele nu se negativează decît în situaţii de excepţie, crează confuzii majorităţii practicienilor şi reacţii psihice greu de tratat şi stăpînit din partea pacienţilor.

În opinia noastră, cazurile nou depistate de neurosifilis trebuie tratate în compartimentele de strictă specializare cu un personal calificat în acest sens. Experienţa cazuisticii personale ne îndeamnă a susţine scheme individualizate de tratament mixt cronic alternant cu utilizarea penicilinei în serii. Sugerăm oportună şi utilă în acest sens înfiinţarea unui centru naţional de neurosifiligrafie într-unul din centrele medicale universitare ale ţării. Spre acest centru socotim oportună în prezent îndrumarea pentru diagnostic şi precizarea conduitei terapeutice a cazurilor noi de neurosifilis depistate în reţeaua teritorială.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Hillbom M., Kinnunen E.: Acta Med. Scand 1982, t. 211, pp. 55—58.
2. Hunziker N.: Dermatologica, 1982, t. 156, pp. 249—253.
3. Kolar O. J., Burknart J. E.: Brit, J. Wener. Dis., 1977, t. 53, pp.221—225.
4. Popescu A.: *Boli cu transmisie sexuală*, Edit. Medicală, Bucureşti, 1982.
5. Postelnicu C.: *Remisiunile în paralizia generală progresivă*. Teză de doctorat I.M.F. Bucureşti, 1971.
6. Willcox.: Le traitement des maladies transmises par voie sexuelle. *Raport et Etudes*, EURO O.M.S. Copenhagua, 1982.

CONTEMPORARY ASPECTS AND PROBLEMS IN EPIDEMIOLOGY, CLINIC AND DIAGNOSIS AND TREATMENT OF NEUROSYPHILLIS

Summary

In this paper it is given the situation of the admissions of new cases of neurosyphillis in the Hospital of „Socola", starting with 1959 within the contex of the statistics since the opening of the hospital (1905). It is presumed the possibility of depicting the cases of neurosyphillis. Recommendations are made for organizing and technic etc. measures for clinical and laboratory diagnosis in view of solving to the mentioned aspects.

NOTĂ PRELIMINARĂ ASUPRA TRATAMENTULUI PRIN HIPERHIDRATARE ÎN SCHIZOFRENIA CRONICIZATĂ

Cornelia-Maria Vulpe, M. Ciocan

Spitalul Județean — Piatra Neamț

OBSERVAȚIILE NEFROLOGILOR PRIVIND AMELIORAREA STĂRII psihice a bolnavilor cu insuficență renală cronică tratați prin hemodializă, au dus la preluarea metodei și în terapia schizofreniei — 1960. Rezultatele acestei metode sînt însă contradictorii. Feer H. și col., 1960 — comunică rezultate favorabile ale hemodializei în catatonia acută ; Philipp M., 1979 — arată că psihoza acută se remite deseori spontan ; Wagemaker și Cade, 1979, Van, T., 1978, comunică rezultate bune — 80% în schizofrenia cronică ; Pert, F. și col., 1978, însă, constată doar 16% ameliorări — după centralizarea concluziilor a 32 centre ce aplicau hemodializa. Din literatura studiată, se constată că formele de boală ce au beneficiat de metodă sînt diferite, ceea ce ar explica rezultatele diferite ce s-au obținut. Moore G., Abraham H., pun și problema deontologică a aplicării acestei metode în sensul că bolnavii ar trebui să-și dea consimțămîntul — ceea ce în cazul schizofreniei cronice nu este posibil, ei rămînînd la tratamentul clasic la care Streltzer adaugă și ergoterapia. De asemeni, Croll atrage atenția asupra riscurilor metodei : dezechilibre hidroelectrolitice, hemoragii, infecții — limitînd metoda doar la cazuri cronice însoțite de insuficiență renală cronică.

Efectul pozitiv al acestei metode s-ar explica prin eliminarea beta-endorfinelor — cu concentrație ridicată în schizofrenie — cît și a unor structuri moleculare „abnormale“ (Palmour R. și Cade, 1977). Van T. și col. (1978), deși obțin ameliorări prin hemodializă la 8 din 10 bolnavi, nu arată legătura dintre gravitatea simptomologiei schizofrenice și concentrația endorfinelor din serul bolnavilor. Un argument împotriva metodei ar fi că, activitatea de filtrare a membranei artificiale este la un nivel scăzut față de membrana glomerulară a rinichiului sănătos (Asaba N. și col. (1977).

La al 2-lea Congres Internațional al Organelor Artificale — New York, 1979 — s-a stabilit ca metoda să fie aplicată în funcție de eficiența rezultatelor.

Nota de față se referă la un număr de 5 cazuri de schizofrenie cronicizată, la care s-a aplicat metoda „hiperhidratării masive“.

Metodă și tehnică. Încercînd să evităm riscurile hemodializei. am aplicat hiperhidratarea masivă cu diureză forțată = 10—12 litri/24 ore ser glucozat 5% + ser fiziologic + clorură de potasiu + 2 fiole de furosemid în perfuzie i.v. 30—40 pic./min., pe o perioadă de 10—15 zile.

Precizări : metoda a fost aplicată la bolnavii a căror evoluție mergea spre asistență în spitale pentru boli cronice ; la vîrste tinere ; la care se instalase rezistență la toate neurolepticele existente ; fără cumularea altor afecțiuni.

Evoluția după aplicarea metodei, s-a urmărit timp de 3 ani.

Rezultate. Caz nr. I : C. C., 27 ani, femeie — în divorț —, recepționeră hotel. Diagnostic : „Schizofrenie formă paranoidă", cu evoluție de 7 ani, în stadiul cronicizării. În ultimii 3 ani, multiple internări la intervale de 2—3 luni, simptomatologia fiind dominată de sindrom xenopatic, solipsism paranoid, nihilism activ, comportament heteroagresiv și stări de agitație psiho-motorie ce a necesitat contenție cvasi-permanentă. Nu s-a obținut nici o ameliorare după tratament neuroleptic. S-a aplicat metoda expusă în cadrul Serviciului de Terapie Intensivă, timp de 15 zile (mai 1981), sub supraveghere permanentă. După primele 24 ore, pacienta devine abordabilă psihoterapeutic și dispare necesitatea contenției sale. Ulterior cedează și celelalte simptome, iar în ziua a 10-a apare critica asupra bolii și se externează în stare evident ameliorată. Se menține în supraveghere și tratament ambulatoriu cu tioridazin, 2 tb./zi. La 3 luni după externare, avortează spontan, cu stare septică. supravegheată psihiatric în Serviciul de Obstretică-Ginecologie ; la externare, prezintă o stare depresivă, tratată psihoterapic. Bolnava își reia activitatea — recepționeră hotel —, termină divorțul, își lărgește sfera de preocupări în anturajul social și, timp de 2 ani, sub control periodic lunar, nu relevă nici un simptom de boală. După 2 ani de remisie, în 1983 se internează în Spitalul Clinic „Soloca" — Iași, cu o simptomatologie de aspect maniacal, necesitînd 60 zile de spitalizare. În 1984 se reinternează în secție după o comă prin ingestie medicamentoasă în scop suicidar cu o simptomatologie de tip melancoliform, fără nici un semn de discordanță. și reia activitatea după 3 săptămîni de spitalizare, în prezent fiind în stare de remisie. Mențiune : înaintea aplicării metodei, perioadele cele mai lungi de remisie au fost în jur de 6 luni, cu persistența însă a ideilor delirante de tip paranoid.

Caz nr. 2 : H. D., 37 ani, sex masculin, fără ocupație, necăsătorit. Diagnostic : „Schizofrenie formă simplă", cu evoluție de 20 de ani, cu dezorganizarea nucleului de personalitate, sindrom apato-abulic, indiferentism, episoadele acute ce necesitau internarea fiind dominate de simptomele de tip catatonic, fără simptome de tip productiv. Se decide aplicarea metodei, după insistența părinților de a fi internat într-un spital azilar. Terapia s-a aplicat 5 zile. În a 5-a zi, se instalează producție delirantă de grandoare, euforie, preocupări erotice, agitație psiho-motorie. Se întrerupe tratamentul inițial, introducîndu-se neuroleptice majore. Episodul se remite la 3 săptămîni. Timp de 2 ani urmează ambulator tratament de întreținere cu Lyogen. În acești ani, se constată scădere ponderală, preocupare de a-și găsi un loc de muncă, afecțiune deosebită pentru părinți. În 1983 se reinternează pentru un episod acut de aspect maniacal, remis după 3 săptămîni, după care se polarizează spre refugiu în mediu protectiv spitalicesc, pe care îl motivează prin stări de anxietate, obiectiv constatîndu-se ameliorarea stării discordante, emotivitate exagerată — mai ales în situații de implicare socială, ceea ce determină evitarea angajării sale în producție.

Caz nr. 3 : C. C., 30 ani, bărbat, necăsătorit, pensionar gradul 2. Diagnostic : „Schizofrenie formă simplă", cu o evoluție de 9 ani în care predominau simptomele de tip catatonic, scurte perioade de remisie cu menținerea ideației delirante persecutat-persecutor, rezistență la terapia neuroleptică. În mai 1982, se aplică metoda hiperhidratării cu diureză forțată, timp de 15 zile, după care se obține remisia. În ianuarie 1985 solicită depensionarea. Se prelungește însă măsura protectivă pentru 6 luni avînd în vedere condițiile climaterice deosebite cît și faptul că bolnavul nu se putea reangaja decît „muncitor necalificat", la un salariu

Caz nr. 4 : M. M., 38 ani, femeie, fostă învățătoare, pensionară gr. 2. Diagnostic : „Schizofrenie catatonică cronicizată", cu evoluție trenantă de 15 ani, necesitînd îngrijire permanentă, în ultimii 3 ani fără capacitate de autoconducție. În ianuarie 1982 se aplică metoda în discuție, timp de 15 zile. După 10 zile, pacienta începe să se preocupe de propria sa persoană, se instalează și critica asupra bolii, dorința de reluare a activității. Se externează „ameliorată" cu tratament de susținere cu Modecate, urmat de 2 ani, timp în care reia activitatea menajeră, caută anturaj adecvat, preocupată de situația sa matrimonială cît și față de ocuparea unui loc de muncă. După 2 ani și 4 luni, se instalează o recădere de tip halucinator-delirant cu ideație paranoidă, heteroagresivitate, care cedează la terapie neuroleptică. Actualmente, prezintă un nou episod de tip paranoid, dar cu reapariția unor simptome din seria catatonică.

Caz nr. 5 : C. A., 26 ani, necăsătorit, învățător. Diagnostic : „Schizofrenie paranoidă", cu evoluția bolii de 7 ani, cu mari tulburări de comportament ce impun pensionarea. Timp de 10 zile se aplică tehnica menționată — la solicitarea mamei sale —, cu remisie evidentă. După 2 ani — fără tratament ambulator — se instalează prima recădere de aspect maniacal. În perioada celor doi ani de remisie, și-a reluat activitatea la catedră, cu rezultate bune. Actualmente, se află internat în Sanatoriul Tulgheș.

Concluzii. — În toate cele 5 cazuri se remarcă virarea comportamentului solipsist spre forme hipertimice de manifestare a bolii psihice ;

— toate cazurile au avut perioade lungi de remisie, comparativ cu perioadele remise după terapie neuroleptică.

Tehnica utilizată, fiind o încercare timidă de abordare a unei noi modalități terapeutice, am prezentat această notă, spre discutarea oportunității sale într-un cerc de înaltă calificare de specialitate.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Abram H.S. : Amer. J. Psychiat., 1968, t. 124, pp. 1 351—1 358.
2. Asaba H., Bergstrom J., Furst P. : Clin. Nephrol., 1977, t. 8, p. 329.
3. Levy N.B. : Amer. J. Psychiat., 1977, t. 134, p. 1 311.
4. Moore G. L. : Amer. J. Psychiat., 1971, t. 27, pp. 1208—1209.
5. Palmour R.H., Ervin F.R., Wagemaker H. : Soc. Neuroscience Abstr., 1977, t. 3, p. 320.
6. Panteleeva Gh. P., Lidemann P.P. : Jurnal nervopatologhii i psihiatrii imenii C.C. Korsakova, 1981, nr. 3.
7. Pert F.K., Kroll P.D., Schwartz R.D. : Amer. J. Psychiat., 1973, t. 135, nr. 6, pp. 743—744.
8. Wagemaker H.J., Cade R. : Amer. J. Psychiat., 1977, t. 134, p. 648.
9. Weddington W.W. : Amer. J. Psychiat., 1977, t. 134, p. 1 340.

PRELIMINARY NOTE ON THE TREATMENT WITH HYPERHYDRATION IN CHRONIC SCHIZOPHRENY

Summary

It is presented the evolution of some pacients suffering from chronic schizophreny — for three years — after applying a treatment consisting of massive hyperhydration, during 10—15 days.

The conclusion is connected with the recovery in a long period of time and with the avoidance of the symptomatology of relapse towards other forms of disease.

IMPLICAȚII ALE LIPIDELOR BIOLOGIC ACTIVE DE TIP PROSTAGLANDINIC ÎN FUNCȚIONAREA SISTEMULUI NERVOS CENTRAL (SNC)

M. Nechifor

Institutul de Medicină și Farmacie — Iași
Disciplina de farmacologie

DE LA DESCOPERIREA PRIMELOR PROSTAGLANDINE ÎN SNC de către Horton și Main (34, 35, 37, 55) au trecut peste 20 de ani. Inițial s-a crezut că în sistemul nervos central există doar PGE_1, PGE_2, PGE_3 și PGF_2 alfa. Ulterior s-a dovedit în SNC că acidul arahidonic se transformă preponderent în prostaglandina D_2. Mai tîrziu s-au identificat tromboxanii, endoperoxizii intermediari și PGI_2 (produsă îndeosebi de endoteliul vaselor cerebrale). S-a conturat existența în sistemul nervos central uman și al mamiferelor a unui sistem lipidic derivat din acidul arahidonic (și în mult mai mică măsură din acizii linoleic și linolenic) ale cărui funcții bioreglatoare și modulatorie au devenit tot mai evidente. Deși după opinia unor autori în SNC prostaglandinele se produc preponderent în neuroni (29) ele au fost identificate și la nivelul neurogliei.

Mecanismele principale reglatoare și modulatoare prin care acești antacoizi intervin în funcția SNC pot fi împărțite în două grupe mari :

A. Mecanisme modulatoare la nivel celular :

a) Influențarea sintezei de AMP-ciclic și GMP-ciclic ;

b) Influențarea sintezei de acizi nucleici (și implicit de proteine) celulare ;

c) Modularea transportului ionic transmembranar ;

d) Modularea eliberării Ca^{++} din stocurile sale sarcoplasmatice ;

e) Acțiune la nivelul fixării unor factori interni (hormoni, hormoni locali) pe receptorii lor membranari.

B. Mecanisme modulatoare ce influențează regiuni mai întinse din SNC :

Influențarea hemodinamicii cerebrale îndeosebi prin efectul vazodilatator și antiagregant plachetar al prostaciclinei aflată în mod normal în echilibru cu efectele vazoconstrictor și proagregant al TxA_2 și TxB_2. Prostaglandinele și ceilalți antacoizi lipidici înrudindu-se se găsesc practic (în proporție mai mare sau mai mică) în toate celulele SNC dar nu toate la nivelul tuturor celulelor.

Ramwell și Show (49) au demonstrat prezența prostaglandinelor în cortexul cerebelos, iar Ramwell și colab., prezența lor în măduva spinării. Azi se știe

că în SNC există și PGD_2 (în cantitate mai mare decît PGE_2). Cantitatea de prostaglandine din diversele structuri ale SNC variază.

Acești antacoizi au fost identificați în cortexul cerebelos (49) și în măduva spinării (50), în scoarță, talamus, hipotalamus și sistemul limbic, în mezencefal și cortex. Din viața embrionară lipidele biologic active joacă un rol important (47, 57, 67).

În general în SNC se găsesc cantități de circa 75 ng. PGE_2/g țesut cerebral și 500 ng PGE_2/g țesut cerebral (21, 36, 61).

Unii autori (37, 38, 43) au demonstrat că perfuzia cu PGE_2 5 ng/min. duce la modificări tranzitorii electroencefalografice. S-a demonstrat că doze mari de prostaglandine administrate repetat au dus la slăbirea unor reflexe condiționate la maimuță, dar nu există date în acest sens la om.

Injecțiile intraventriculare cu PGE_1 PGE_2 și PGE_3 în doză unică de 20 ng/kg corp produc la mamifere sedare tranzitorie, stupoare prelungită și uneori catatonie dar niciodată nu se produce ataxie.

Prostaglandinele din grupul E și mai ales PGE_1 duc la o scădere a activității spontane a animalelor de experiență. PGE_1 are proprietatea că, atunci cînd este administrată intraventricular să prelungească somnul produs de hexobarbital.

Holmes și Horton (28) au demonstrat că producerea de convulsii la șoarece cu fenetylenetetrazol este antagonizată de PGE_1. Evidențierea prostaglandinelor în hipotalamus a fost făcută de Holmes și Horton (29). Există o mare abundență de prostaglandine la acest nivel, îndeosebi de prostaglandine din grupul E.

Rosenkranz și Kilam (53, 54) au demonstrat că PGE_1 și PGE_2 au un puternic efect anticonvulsivant față de convulsiile produse cu pentetrazol, electroșoc maximal, stricnină și picrotoxină.

Din contra, PGE_2 alfa are un oarecare efect potențat față de inducerea convulsiilor experimentale cu pentetrazol.

Principalele acțiuni hipotalamice ale prostaglandinelor sînt (43, 15, 16, 17, 23, 31, 63, 52) :

a) implicații în termoreglare ;

b) comportament alimentar ;

c) implicații în neurosecreția hipotalamică ;

d) posibila acțiune în producerea durerii.

a) În 1968 Milton și Wendlandt (43) iar apoi Harvey și Milton (23) au demonstrat că 5-hidroxitriptamina administrată în ventricululi III cerebral produce febră prin intermediul stimulării de prostaglandine. Același mecanism a fost dovedit și pentru febra aparentă în cazul traumatismelor cerebrale cînd prin diferite modalități se produce o distrucție masivă de structuri fosfolipidice membranare și se eliberează o cantitate mare de acizi grași precursori ai sintezei de prostaglandine. Stitt (63, 64) arată că la 10°C PGE_1 administrat intracerebral produce febră în exclusivitate prin creșterea termogenezei, la 24°C febra se produce atît pe calea creșterii termogenezei cît și pe calea scăderii termolizei. La 32°C creșterea termogenezei după PGE_1 este foarte mică dar termoliza este mult depresată.

b) *Comportamentul alimentar*. S-a demonstrat că prostaglandinele administrate subcutanat diminuează înghițirea hranei de către șobolan. PGE_1 injectată în nucleul perifornical scade inglutirea hranei cu 36% după 15 minute de la administrarea ei și cu 15% după 90 minute de la administrare (în comparație cu un lot martor căruia i s-a administrat ser fiziologic în hipotalamus). Prostaglandinele E diminuează la om apetitul (68).

c) *Implicații în secreția tropilor hipofizari*. Prostaglandinele E au rol în eliberarea releasing-factorilor și a tropilor hipofizari (25). Gagnon și colab. (18) au arătat că eliberarea de vasopresină din neurohipofiză este mult crescută de angiotensina II și de PGE_2. Stimularea de către angiotensina II se face tot prin intermediul stimulării sintezei de prostaglandine E.

d) *Implicații în mecanismul producerii durerii.* Injectarea de PGE_1 în doze suficiente 100 ng produce senzație de durere (33). Doze mai mici nu dau durere detectabilă prin metode obiective. Precursorii prostaglandinici sînt foarte activi în această direcție.

Coceanni și Wolfe (11) fac primele referiri la existența prostglandinelor în această porțiune a creierului. Aici se găsesc atît prostaglandine din grupul E cît și cele din grupul F. Noradrenalina, GABA și AMP-ciclic reduc descărcările spontane în celulele Purkinje. PGE_1 și PGE_2 antagonizează acțiunea noradrenalinei dar nu și pe cea a AMP-ului ciclic sau GABA. PGF_1 și PGF_2 alfa, acizii linoleic și linolenic nu antagonizează efectele noradrenalinei (58). În ceea ce privește descărcările spontane din celulele Purkinje se constată că PGE_2 are un efect de creștere a frecvenței descărcărilor la cele mai multe celule. Și PGF_1 alfa și PGF_2 alfa duc la creșterea frecvenței descărcărilor spontane (16).

Clarenbach și colab. (9) constată că PGE_2 se sintetizează la nivelul sinaptozomilor. Această prostaglandină pare a avea un rol în uptake-ul sinaptozomal al noradrenalinei și dopaminei. Harsting și colab. (22) au arătat că PGE_1 (1×10^{-8}M) reduce eliberarea de acetilcolină din ventriculii laterali cu circa 50%. Efectele inhibitorii ale PGE^8 asupra eliberării de acetilcolină au fost abolite atunci cînd concentrația ionilor de Ca^{++} din perfuzat a fost redusă la 1,7 mM de la 2,15 mM. Perfuzia cu ouabaină (2×10^{-5}M) crește eliberarea de Ach pe calea inhibării ATP-azei Na^+KT. PGE_1 previne efectele ouabainei. Haubrich și colab. (86) arată că PGE_1 crește turnoverul serotoninei cerebrale și asociază aceasta cu acțiunea sedativă a prostaglandinelor E. Prostaglandinele E induc stupoare și catatonie fără a scădea captarea sinaptică a aminelor biogene (8). Stimulii adrenergici cresc însă sinteza sinaptică de PGE_1 și E_2 (12, 19) iar Malek și colab. (40) susțin că prostaglandinele au un rol modulator pre și postsinaptic. Reimann și colab. (51) au arătat că dacă felii de cortex cerebral, de nucleu daudat și de striat de șobolan sînt preincubate cu noradrenalină —^3H și respectiv H^3—Dopamină atunci PGE_2 (0,01—1 umol/l) reduce mult eliberarea de tritiu. PGD_2 (1 umol/l) nu are nici un efect față de această eliberare. PGE_2 se manifestă ca un puternic inhibitor presinaptic al eliberării de noradrenalină în SNC de mamifere.

Măduva spinării. Prostaglandinele exercită efecte directe asupra măduvei spinării. PGE_1 și PGF_2 alfa au o acțiune de facilitare a căilor excitatorii și o inhibiție a căilor inhibitorii (35, 3, 13). Prostaglandinele și antacoizii înrudiți sînt implicați și în homeostazia circulatorie cerebrală cum sînt implicați și în homeostazia circulatorie generală (46, 56). Există o dublă modalitate de intervenție și anume :

a) direct pe musculatura netedă vasculară ;

b) indirect prin influența asupra centrilor vasomotori.

Prostaglandinele administrate central au acțiuni destul de deosebite de efectul periferic. În leziunile țesutului nervos (și îndeosebi în cele ischemice) se eliberează o cantitate disproporționat de mare de TxA_2 ce contribuie la accentuarea vazoconstricției locale și la formarea de micro-

trombi plachetari. Prostaciclina (PGI_2) în perfuzie 180 ng/Kg/min ameliorează mult circulaţia cerebrală şi diminuează ischemia. Hallembeck şi Furlow (20, 41, 63) au arătat că şi indometacinul 4 mg/Kg i.v. ameliorează ischemia cerebrală experimentală (probabil diminuînd producerea excesivă de tromboxani).

Noi considerăm că o eficenţă şi mai mare ar putea avea în aceste situaţii un inhibitor specific de tromboxansintetază cum este dazoxibenul, imidazolul sau un derivat al acestuia. Boullin şi colab. (5), Maeda şi colab. (39) au demonstrat că în patogenia vazospasmului cerebral atît de implicat în perturbarea diverselor funcţii ale SNC un element esenţial este diminuarea producerii vasculare de PGI_2 (denumită de unii autori şi „factor protector vascular"). Prostaciclina şi 6-ceto-PGE_1 suprimă spasmele vasculare cerebrale (6). Într-o serie de afecţiuni ale SNC cum sînt epilepsia, meningoencefalitele, migrena şi după unele intervenţii neurochirurgicale s-a constatat un nivel înalt al PGF_2 alfa în LCR. Implicarea lipidelor biologic active în patogenia migrenei este susţinută de mulţi autori (42, 69). Prezenţa şi rolurile prostaglandinelor şi altor antacoizi lipidici în funcţionarea normală a sistemului nervos central. Perturbările în metabolismul acestor lipide antrenează după sine atît perturbări în funcţionarea neuronului ca celulă cît şi a unor regiuni din SNC privit ca sistem.

Bibliografia la autor.

IMPLICATIONS OF THE BIOLOGICALLY ACTIVE LIPIDS OF PROSTAGLANDINIC TYPE IN THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM FUNCTIONING

Summary

The prostaglandins, thromboxans and other related lipid antacoids, present in the central nervous system (C.N.S.), have a modulating and bioregulating role on the various neuronal functions. They also play an important role in the cerebral vasomotility.

They are involved in the thermogenesis processes, releasing-factors and, hypophysary trops production, in regulating food habbits in pain induction, etc. An important role is represented by noradrenalin action modulation on some CNS areas, as for example the Purkinje cell layer. The prostaglandinic excess at different levels of CNS may induce some pathological processes as fever, stupor, e.e.f. alterations, etc. Horrobin considers that the deficiency in prostaglandins synthesis is involved in the pathogeny of schizophrenia. Thus, the importance of these lipid antacoids in the CNS functioning is more and more evident.

We believe that the thromboxans synthesis inhibitors (vasoconstrictors) as imidazol and dazoxiben are therapeutic factors which have to be used in the cerebral vasospasm and other cerebral ischemic affections.

STUDIU COMPARATIV AL GLICORAHIEI ÎN DETERMINĂRI SIMULTANE PRIN METODA HAGEDORN-JENSEN ȘI METODA CU ORTO-TOLUIDINĂ

Maria Balțatu, C. Postelnicu, Florica Steva

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

EXAMINAREA DE RUTINĂ, POSIBIL CÎT MAI COMPLEXĂ, A LIchidului cefalorahidian (LCR) este de uz curent în clinicile de neurologie, psihiatrie, neurochirurgie, pediatrie, boli infecțioase etc. În cadrul examinărilor chimice din LCR dozarea glucozei reprezintă o constantă a oricărui buletin de analiză. Realitățile clinice cît și cele socio-economice orientează găsirea și utilizarea unor metode de dozare cît mai rapide, precise, facile, în egală măsură ieftine și puțin laborioase, să rămînă o preocupare permanentă a laboratorului clinic. Validarea în clinică a unor metode și compararea lor cu metodele mai vechi rămîne o constantă a practicii medicale și de laborator. În baza acestor considerente, în laboratorul de biochimie al Spitalului „Socola" s-a efectuat un studiu comparativ asupra valorilor glicorahiei vizînd metodele cele mai frecvent utilizate în laboratoarele clinice din țară.

Cu ajutorul tehnicii de oxidoreducere (Hagedorn-Jensen) și al tehnicii colorimetrice (cu orto-toluidină) s-a determinat în mod paralel glicorahia la un număr de 100 eșantioane de L.C.R. recoltate la un număr egal de subiecți adulți.

Prelevările de L.C.R. s-au efectuat numai prin puncție suboccipitală. Subiecții nu au fost suspectați de modificări ale glicorahiei datorită prezenței vreunui proces patologic. Bolnavii studiați prezentau următarele afecțiuni psihiatrice: suferințe organice proprii vîrstei a III-a, etilism cronic, psihoze Korsakov, psihoze endogene, oligofrenii, psihopatii, nevroze etc. Recoltarea L.C.R. s-a efectuat în cadrul explorărilor curente necesare unei examinări complexe de specialitate la bolnavii internați în spital. Paralel cu glicorahia s-au întreprins și examinările curente fizice, citologice, chimice, imunologice.

Rezultate. În cazul celor 100 subiecți limitele extreme ale glicorahiei determinată prin ambele metode au fost de 0,40g‰—1,00g‰.

Distribuția valorilor glicorahiei între cifrele extreme este redată în tabelul următor :

Glicorahie g‰	0,40 - 0,44	0,45 - 0,49	0,50 - 0,54	0,55 - 0,59	0,60 - 0,64	0,65 - 0,69	0,70 - 0,74	0,75 - 0,79	0,80 - 0,99	1,00 - 1,06
O-Toluidină % cazuri	2	5	11	10	22	12	32	5	—	1
Hagedorn-J. % cazuri	1	1	2	7	20	14	30	22	—	3

Semnalăm ca semnificativ faptul că în cazul metodei Hagedorn-Jensen 86% din glicorahii sînt cuprinse între valorile 0,60—0,80‰, din care 34% între 0,60—0,69‰, iar 52% între 0,7—0,80‰, în timp ce în cazul metodei cu o-toluidină 71% au valori între 0,60—0,80‰ din care 34% între 0,60—0,69‰, iar 37% între 0,70—0,80‰.

Între valorile glicorahiei determinate în paralel la același eșantion de L.C.R. între cele 2 metode apar diferențe în limitele unui gradient de 20 centigrame. Distribuția diferențelor este următoarea :

— în 5% din cazuri glicorahia cu Hagedorn-Jensen este mai mică ca cea cu o-toluidină, în 5 % egală, în 49% mai mare cu 5 centigrame, în 32% cu 6—10 centigrame, în 6% cu 11—15 centigrame, în 2% cu 16—17 centigrame.

Comentarii. În literatura de specialitate valorile normale ale glicorahiei se prezintă cu diferențe destul de pronunțate, astfel :

A. P. Fridman — 1971 — 0,42 — 0,60 g‰.
A.J. Kaplan și colab. — 1975 — 0,50—0,80 g‰.
I. Manta (1976) — 0,45—0,80 g‰.
C. Arseni, D. Chimion (1979) — 0,50—0,70 g‰.
Natalia Mitrică-Kondi (1981) — 0,55—O,70 g‰.
C. Gorgos și colab. (1985) — 0,40—0,80 g‰.

Această situație se explică prin diferențele dintre tehnicile de dozare utilizate cît și prin modul diferit de prelevare a L.C.R.

Asupra conținutului glucozei în L.C.R. influențează conținutul glucozei din sînge, permeabilitatea varierii hematoencefalice, metabolismul glucozei ca atare, echilibrul acido-bazic, microorganismele și elementele figurative existente în L.C.R., presiunea din sistemul circulației sanguine și lichidiene, factorii emoționali, starea funcțională a scoarței cerebrale și formațiunilor subcorticale. Oscilațiile glicorahiei sînt în legătură cu cele ale glicemiei, dar nu într-un raport obligator constant. Hiperglicorahia nu se explică întotdeauna prin existența unei hiperglicemii, ci poate fi și un fenomen cerebral, care apare ca rezultat al excitării centrului glicoregulator.

Concluzii. Din constatările noastre rezultă că glicorahia în examenele curente efectuate pe L.C.R. recoltat de la bolnavii internați obișnuit în clinica psihiatrică are valori de rutină cuprinse între 0,40—0,80‰. În cazuri rare de 1—3% valorile cuprinse între 0,80—1,00g‰, pot fi interpretate a fi în limite normale. Oscilațiile parametrilor normali ai glicorahiei trebuie corelate cu celelalte valori ale componentelor LCR și starea clinică generală a pacientului. Deși metoda cu o-Toluidină dă în general valori mai mici decît metoda Hagedorn-Jensen, afirmația din literatură că rezultatele obținute prin determinări colorimetrice sînt cu circa 10%

mai reduse față de cele obținute cu ajutorul tehnicii de oxidoreducere trebuie să nu fie luată în seamă decît ca fiind destul de relativă.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Arseni C., Chimion D.: *Lichidul cefalo-rahidian;* E.D.P., București, 1979.
2. Cucuianu M.: *Biochimie clinică,* Edit. Dacia, Cluj-Napoca, 1977.
3. Fridman A.P.: *Bazele liquorologiei,* Edit. Medicina, secția Leningrad, 1971.
4. Gorgos C.: *Vademecum în psihiatrie,* Edit. Medicală, București, 1985.
5. Manta I. și colab.: *Metode biochimice în laboratorul clinic,* Edit. Dacia, Cluj-Napoca, 1976.
6. Mitrică-Kondi Natalia: *Laboratorul clinic — Biochimie,* Edit. Medicală, București, 1981.
7. Fredman A.M., Kaplan H.P., Sadock B.J.: *Comprehensive Text book of Psychiatry II,* vol. I, ed. a II-a, Edit. Wiltreas et Wilkins Company, Baltimore, 1975.

COMPARATIVE STUDY OF GLYCORAHY IN SIMULTANEOUS DETERMINATIONS BY HAGEDORN-JENSEN METHOD AND THE METHOD USING ORTO-TOLUIDIN

Summary

In 100 psychic pacients where the clinical examination and laboratory tests did not show pathological values of glycorahy there have been undertaken comparative determinations of this by means of Hagedorn-Jensen and orto-toluidin methods.

L.C.R. was taken by sub-occipital punctions. It was estimated to be with the limits of the normal in the case of both methods, i.e. values of glycorahy between 0.40 and 0.80‰.

There are not integrally confirmed the data in the literature according to which the findings obtained in the case of the method with orto-toluidin are 10% more reduced than those obtained with the oxid-conducting method.

CONTRIBUȚII PRIVIND TRATAMENTUL DIFERENȚIAT AL MANIFESTĂRILOR ASOCIATE PSIHICE ȘI REUMATISMALE

V. Bejan, V. V. Bejan, Gabriela Mircea, V. Paraschiv, Maria Cârdei, Viorica Perșoiu, R. M. Geamăn

Policlinica Balneară Nicolina — Iași
Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

PROGRESELE ÎN DESCIFRAREA FENOMENULUI DUREROS AU dat posibilitatea formulării mai raționale a relațiilor dintre psihism și bolile reumatismale, aducînd prin aceasta noi perspective.

În actualul stadiu al cercetării fundamentale a orientării conceptuale și a obesrvațiilor clinice, ne vom limita la citarea unor opinii din literatura reumatologică și prezentarea materialului cazuistic propriu.

Manifestările reumatice psihogene se consideră ca expresia musculoscheletală a dereglării funcționale în sistemul nervos central fiind declanșate de stresuri persistente și stări tensionale, de anxietate fizică sau psihică de durată. Durerile psihogene care însoțesc polaritatea reumatoidă, boala periodică, sindromul fibrozitic, deformațiile reumatismului degenerativ, pot apare și ca urmare a sentimentului de invaliditate și disocializare precară și parțială, constatare ce se afirmă în special în literatura psihiatrică.

J. Cambier (Clichy), consideră că durerile psihogene se instalează prin amplificarea stării afective și interpretative.

S. Wolkind (Londra) observă să aspectele psihiatrice în afecțiunile reumatismale apar ca urmare a dificultății de a se adapta la noile condiții de viață prin schimbarea rolului familial și profesional în situația infirmității apărute.

C.B. Ruiz, E.V. Soboza studiază problema reumatismelor psihogenetice într-un mare serviciu de medicină fizică și reabilitare din Peru. Datele statistice scot în evidență incidența reumatismelor abarticulare ca manifestări psihogenice.

L. Delius (Baden-Baden) afirmă că durerile psihogene din reumatism sînt condiționate de echilibrul vegetativ, stările emoționale precum și influențele psihosociale.

A. Weintraub (Zürich) explică sindroamele psiho-somatice ce însoțesc bolile reumatismale urmare a raportului conflictual dintre procesele patologice și mecanismele de apărare pe structuri particulare de personalitate.

H. Mathies (Zürich) apreciază că sindroamele psihosomatice din endopatiile de inserție sînt cauzate de suprasolicitare prin poziții nefiziologice ale mușchilor cu modificări morfologice în umeri, coate, genunchi, tendonul Achile.

J. Sandau (Lausanne) citînd observații referitoare la interrelația dintre modificările structurale și gradul suferinței subiective la grupe de tineri care sufereau de reumatism, subliniază rolul factorilor emoționali și anumite situații familiale.

La nivelul Spitalului de psihiatrie „Socola", dintr-un număr de 994 cazuri cu eșec adaptativ socio-profesional, internate în clinică cu un diagnostic psihiatric, la sfîrșitul tratamentului un număr de 80 de cazuri au ieșit din spital cu un diagnostic psihiatric în context somatogen asociat cu o suferință reumatismală.

Cele 80 de cazuri care au beneficiat de tratament balnear recuperator asociat cu psihoterapie la Policlinica Balneară au înregistrat o evoluție favorabilă.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Cambier, J.: Revue Internationale de Rheumatologie, R 1981, nr. 51 bis, p. 23.
2. Delius, L.: *Psyche und Rhuma.* Schwabe, Eular Publischen, 1974, p. 142, Basel.
3. Mathies, H.: *Psyche und Rhuma,* Eular Publischen. 1974, p. 166, Basel.
4. Paraschiv, V., Bejan, V. Horopciuc, T.: *Readaptare funcțională,* vol. XV, p. 82.
5. Ruiz, C. B., Soboza, E. V.: Buletin, Ligue Intern. Centre. Rhumatologie, 1974, IV, 1, p. 19.
6. Sandau, J.: Medicine et Hygiène, Genève, en XXXI, nr. 1 052, pp. 1—2.

CONTRIBUTIONS REGARDING DIFFERENTIATED TREATMENT OF PSYCHIC AND RHEUMATISMAL ASSOCIATED MANIFESTATIONS

Summary

Following two samples of pacients diagnosed as psychic pacients with somatic sufferings and rheumatics with psychic disorders the authors bring about favourable theoretical and practical arguments for a differentiated recuperatory program achieved with an interdisciplinary team and with interdisciplinary techniques in which psychotherapy is a principal factor.

PERSONALITĂȚILE DISARMONICE ȘI REACTIVITATEA LOR LA APLICAREA UNOR TRATAMENTE STOMATOLOGICE

Margareta Hrimiuc, V. Hrimiuc, Angela Chiriță

Institutul de Medicină și Farmacie — Iași
Disciplina de odontologie și parodontologie
Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola"

REACȚIILE PSIHICE CARE APAR ÎNTR-O ANUMITĂ CONSTELAție de evenimente traumatizante obiective sînt „marcate" de intervenția „particularului", de momentul dinamic în care se găsește persoana, care determină stări subiective și răspunsuri comportamentale normale sau patologice diferite în funcție de caracter și personalitatea însăși.

Referindu-ne la particular adică la personalitățile disarmonice premorbide și reactivitatea lor în fața unor acte terapeutice stomatologice, care fie că sînt laborioase fie că îmbracă o evoluție cronică ca în cazul parodontopatiilor, fie că este necesară o protezare totală sau parțială care necesită un timp de acomodare, am constatat diverse stări reactive de intensitate variabilă în funcție de structura personalității premorbide. Aceste reacții clinic îmbracă aspecte variate de la ușoare stări de neliniște și anxietate la adevărate reacții depresive, uneori dezvoltînd un comportament revendicativ conflictual ajungînd la diverse situații penibile privind raportul medic-pacient.

Examinînd un lot de pacienți cărora li s-au aplicat diverse tratamente stomatologice și care au avut reacții psihice patologice am constatat că 35% prezentau o personalitate hipersensibilă și astenică, 26% erau labil afectivi iritabili, 18% erau iritabili cu nuanță revendicativă iar în 21% din cazuri reacțiile se datorau faptului că persoana însăși se afla deja în anumite condiții psihotraumatizante de ordin familial sau profesional fără ca personalitatea premorbidă să depășească variantele normalului.

Trăsăturile de caracter și personalitate au influențat în mod apreciabil intensitatea și durata simptomatologiei. Ținînd cont de anumite clasificări și analizînd simptomatologia clinică s-a constatat că cicloizii, timopații dau de obicei reacții depresive uneori de lungă durată. Hipertimicii au reacționat cu note coleroase și gverulente în fața tratamentelor protetice pe care le acceptă cu greutate nu sînt mulțumiți și revendică mereu schimbarea lor etc. La cei cu trăsături isterice preexistente reacțiile capătă aspectul extraversiunii cu nuanțe de patetism, indiferent

dacă este vorba de un act terapeutic stomatologic minor sau major, caută prin comportament să impresioneze medicul, să simuleze o situație disperată, de fapt nejustificată de intervenția stomatologică.

Astenicul constituțional reacționează prin multiple acuze nevrotice în zona oro-facială, revine mereu la consultație pentru acuze subiective solicită diverse tratamente medicamentoase etc. În literatură se citează cazuri de bolnavi din această categorie care și-au scos toți dinții pentru a scăpa de senzațiile subiective dureroase creindu-se astfel un adevărat delir hipocondriac.

În clinica stomatologică funcție de afecțiunile cele mai des întîlnite reacțiile au apărut la bolnavii cu parodontopatii marginale cronice, la cei care au necesitat o protezare parțială sau totală, la cei cărora a fost necesară o intervenție chirurgicală asupra feței sau a masivului facial.

La parodontotici este cunoscut faptul că factorul psihic poate influența acestor structuri prin : mecanisme directe — malfuncțiile, parafuncțiile para și malpraxiile, și mecanisme indirecte prin intermediul sistemului vascular endocrin și sistem nervos autonom.

Axel Westphal în lucrarea sa „Originile psihice ale dischineziilor în regiunea bucală", urmărește disfuncțiile psihogene ale limbii și buzelor la adulți cu parodontopatii legate de dificultăți profesionale refulare reală sau imaginară etc. La protezați fie parțial sau total factorul psihotraumatizant apare mai frecvent în perioada de acomodare, unii neputîndu-se adapta la noua situație și renunțînd la proteză.

În general se poate afirma că pacientul vine cu frică în cabinetul stomatologic, frică de aparat, de extracție, de anestezie, de instrumente tăioase, hemoragie. Multitudinea de probleme pe care le ridică actul terapeutic stomatologic față de reacțiile pacientului cu personalitatea încadrabilă în limitele normalului, fie cu personalitate disarmonică de diverse grade și intensități, impun medicului stomatolog cîteva atitudini și deprinderi obligatorii :

— observarea continuă a bolnavilor și descifrarea personalității acestora deoarece mulți stomatologi ascultă fără să audă și în funcție de aceasta să găsească mijloacele optime de abordare a pacientului ;
— menajarea psihicului pentru obținerea cooperării și evitarea unor situații conflictuale neplăcute ;
— necesitatea explicării, motivația actului terapeutic, necesitatea explicării manoperei și al scopului final ce trebuie atins.

În aceste condiții se impune ca medicul stomatolog să aibă anumite cunoștințe de psihologie și de psihopatologie, să înțeleagă mecanismul unor reacții psihopatologice pentru a le putea preîntîmpina și evita.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Belciugățeanu C. : Rev. Neurol., Psihiat., Neurochir., 1969, nr. 2. p. 167.
2. Baruk H. : *Traité de psychiatrie.* Masson, Paris, 1959.
3. Haimovici Angela, Hrimiuc Margareta : *Viitorul psihiatriei,* Spit. „Socola" — Iași, 1980.

4. Predescu V. : *Psihiatrie*, Edit. Medicală, București, 1976.
5. Szolonay I. și colab. : Stomatologia, 1981, nr. 4, pp. 309—312.

DISHARMONIC PERSONALITIES AND THEIR REACTIONS TO STOMATOLOGIC TREATMENTS

Summary

Analysing the psycho-pathological reactions of some pacient confronted with a stomatologic action the authors view this problem in the light of the clinical aspect, the pre-morbid structure of personality, of disharmonic personalities of various types and, on the other hand they correlate these psychopathological manifestations with certain disorders of dento-maxillary apparatus met with in the stomatologic clinic.

RECUPERAREA PSIHO-GNATOPROTETICĂ A EDENTATULUI TOTAL

G. Marin, V. Burlui

Institutul de Medicină și Farmacie — Iași
Clinica de protetică dentară

PE DEPLIN ANGAJATĂ, ÎN EFORTURILE MEDICINII CONTEMporane de a se integra într-o concepție antropologică, deplină și unitară despre om, stomatologia actuală include în preocupările sale și aspectele psiho-sociale legate de variata patologie stomatologică. Situîndu-se pe aceleași poziții, Școala de stomatologie de la Iași își expune preocupările prin conceptul gnatoprotetic, definind gnatoprotetica „ca acea ramură a medicinii stomatologice care se ocupă cu cunoașterea, menținerea și restabilirea echilibrului biologic și mecanic de la nivelul sistemului stomatognat, prin mijloace specifice, în context bio-psiho-social" (V. Burlui). Integritatea morfologică și funcțională a sistemului stomatognat, conferă individului „o stare de bine" care influențează sănătatea lui somatică și psihică, orice perturbare la acest nivel, exemplu edentația totală, atrăgînd după sine repercursiuni în comportamentul psihic și social. Edentația totală reprezintă un handicap fizic și psihologic marcat, cu cît ea survine la o vîrstă mai înaintată. Șocul psihologic determinat de pierderea dinților poate conduce la lipsă de respect și neîncredere, făcînd dificilă cooperarea cu medicul stomatolog în procesul restaurativ.

Ne-am propus ca prin această lucrare să prezentăm manifestările psihologice în edentația totală, certificată de răspunsurile concrete ale suferinzilor, la un chestionar de specialitate și unele probleme de psihoterapie gnatoprotetică practicată în cabinetul psiho-gnatoprotetic al clinicii.

La un lot de 31 pacienți edentați, total din care: 17 bărbați (2 bimaxilar și 15 unimaxilar) și 14 femei (1 bimaxilar, 13 unimaxilar) aflați la vîrsta a doua și a treia, s-au aplicat testări psihologice pe baza unui chestionar sistematizat pentru investigarea afectivității, a tendințelor și gradului autocunoașterii și autoaprecierii înainte și după tratamentul biologic (protezare). Un număr din acești pacienți, la care nu s-au observat îmbunătățiri ale suferințelor psihologice, după tratamentul biologic au beneficiat de aplicarea unor metode psihoterapice, farmacologice și nefarmacologice.

Metoda psihofarmacologică a constat în administrarea unor substanțe medicamentoase de tipul sedativelor și tranchilizantelor minore (Distonocalm, Extraveral, Meprobamat, Napoton).

Metodele psihoterapice nefarmacologice au constat în aplicarea unor procedee cunoscute cum ar fi : metoda Schultz (antrenamentul autogen) ; metoda combinării psihoterapiei prin sugestie cu antrenamentul autogen ; metoda psihoterapică de sinteză și reconstrucție.

Interpretarea răspunsurilor primite de la cei 31 de edentați totali la chestionarul psihologic, la care s-au adăugat, de la caz la caz și întrebări suplimentare vizînd compartimentul psihic mai puternic stressat, s-au constatat următoarele modificări psihologice : 9 pacienți manifestau, consecutiv pierderii ultimilor dinți de pe o arcadă, un dezinteres pentru lumea exterioară, o scădere a tonusului afectiv ; tulburările au fost catalogate ca afectări dispoziționale de tip hipotimic ; toți aparțineau mediului urban, 7 fiind de sex feminin. În cazul a 7 edentați totali (5 B, 2 F) aparținînd mediului citadin, tulburările au fost de tip anxios. Evidente tendințe depresive au manifestat 8 paciente (1 mediu rural) care afirmau că odată cu pierderea ultimilor dinți au simțit „că nu-și mai au rostul". La modificările de tonus afectiv s-au adăugat. în 27 de cazuri, modificări ale emotivității iritabilitate și irascibilitate crescută. Unii pacienți de sex masculin au prezentat și stări de agitație și dezorientare tranzitorie. Un alt simptom prezent în cercetarea cazurilor este frica, care la unii, capătă valențe ce o situează aproape în sfera patologicului. La 2 bărbați (licențiați), legat de starea de edentație totală, apare teama de a vorbi, a nu se bîlbîi în perioada imediată pierderii ultimilor dinți, iar la 3 femei teama de a fi remarcate fără dinți le determina ca în timpul fonației să-și mascheze fanta labială cu palma. La aceste manifestări s-au adăugat și nuanțe tanatofobice de intensitate variată, la 14 bolnavi de vîrsta a treia. Marcate de vîrstă, tulburările prosexiei se accentuează, odată cu instalarea stării de edentație totală și cu procesele de involuție. Asociind la tulburările atenției pe cele ale proceselor memoriei, constatăm o tulburare de ansamblu a activității de cunoaștere, însă determinismul în geneza și dezvoltarea acestor tulburări nu-l deține edentația totală ci ea este un factor agravant. La 8 pacienți apar idei dominante legate de pierderea dinților și viitoarea protezare, care se impuneau tranzitoriu gîndirii, iar în două cazuri dominația merge pînă la obsesie. Un caz prezenta obsesii îndoielnice cu privire la rezultatul tratamentului. Se pare că modificarea suportului volițional este mai mică, doar 1 din cei 31 pacienți, prezenta o scădere a voinței, care-l făcea să se declare incapabil de a face față situațiilor fobogene, deși gîndirea, conștiința erau intacte. În urma sintetizării modificărilor, s-a constatat că un număr de 14 edentați total (9 F. 5 B) prezentau manifestări de tip nevrotic.

După confecționarea aparatelor gnatoprotetice și adaptarea imediată biologică, funcțională și mecanică s-au efectuat investigații psihologice folosind chestionarul, la 2 zile și 2 săptămîni de la data inserării acestora în cavitatea orală și apoi, de la caz la caz, după încă alte 2 săptămîni de la terminarea diferitelor etape de psihoterapie. Investigațiile au relevat că la 2 zile nu au apărut modificări evidente în sensul ameliorării simptomelor psihice. La 5 cazuri apare o minimă schițare de redresare a unor suferințe. La finele a 2 săptămîni la 14 cazuri s-a constatat o diminuare evidentă a depresiei, iritabilității. Pe timpul dispensarizării ulterioare s-a constatat că situația merge spre normalizare, fără aplicarea altor metode terapeutice. La celelalte 17 cazuri nu s-au constatat îmbunătățiri. Tuturor acestor cazuri li s-a aplicat psihoterapie farmacologică. Rezultatele testării ulterioare au evidențiat diminuarea considerabilă a anxietății și depresiei. La 7 pacienți care nu au reacționat la medicația psihotropă s-a trecut la aplicarea de proceduri psihoterapice în cabinetul de psihognatoprotetică al clinicii. S-au practicat 12—23 ședințe fiecărui caz, în urma cărora doar 5 cazuri au dat rezultate satisfăcătoare, iar celelalte 2 prezentînd aceleași simptome ca la începutul tratamentului, fiind îndrumate spre clinica psihiatrică.

Din aceste date reiese validitatea afirmațiilor că edentația totală se însoțește de modificări psihologice, ponderea deținînd-o tulburările afective și a atitudinilor față de sine și față de semeni. Datele noastre relevă că edentația totală în 88% din cazuri se însoțește de tulburări afective

Concluzii. Realitatea manifestărilor psihologice în edentația totală impune un scop cognitiv și practic în diagnostic și terapie. Practicienii vor proceda la investigarea complexă a edentatului total, aplicînd teste și metode psihologice, pregătind astfel „terenul" pentru inserția aparatului gnatoprotetic, integrat în schema corporală. Activitatea stomatologică se va înscrie în noua orientare promovată de conceptul gnatoprotetic cu componenta sa bio-psiho-socială.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Athanasiu A.: *Elemente de psihologie medicală.* Edit. Medicală, București, 1983.
2. Brânzei P.: *Itinerar psihiatric,* Edit. Junimea, Iași, 1975.
3. Burlui V.: Rev. Med. Chir., nr. 4, 1984.
4. Duda R.: „Prelegeri de psihologie medicală", Lito., I.M.F. Iași, 1982.
5. Gorgos C.: *Vademecum în psihiatrie.* Edit. Medicală, București, 1985.
6. Brânzei P., Scripcaru Gh., Pirozynski T.: *Comportamentul aberant în relațiile cu mediul,* Edit. Junimea, Iași, 1970.
7. Rudică T.: *Niveluri ale conduitei umane,* Edit. Junimea, Iași, 1984.

THE PSYCHO-GNATHOPROSTHETICAL REHABILITATION OF COMPLETE EDENTULOUS PACIENTS

Summary

The authors mention the fact that the present-day dentistry includes in its concern not only the biological factor but also, with greater and greater conspicuousness, the psycho-social aspects correlated with varied stomatological pathology.

By means of some psychological tests the authors examine a sample of 31 edentulous subjects in the II and III age, before and after the gnatho-prosthetical treatment. The subjects evidenced depressive and anxious tendencies, simple emotivity, impulsiveness, nervousness, inferiority and frustration feelings, characteristics normalized after the gnathoprosthetical treatment.

ROLUL PSIHOKINETOTERAPIEI ÎN RESTABILIREA CAPACITĂȚII FUNCȚIONALE ÎN UNELE FORME DE REUMATISM ABARTICULAR SUPUSE TRATAMENTULUI CU BOICIL-FORTE

V. Bejan, V. Paraschiv

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași
Policlinica Balneară Nicolina

PROCESELE INFLAMATORII, DEGENERATIVE, ALGODISTROFICE prezente în manifestările de tip reumatismal determină perturbări în capacitatea funcțională atît în perioada manifestă a bolii, cît și ulterior, perioade variabile de timp. Terapia de recuperare în bolile reumatismale își orientează metodele după starea mecanismelor generale ale locomoției. Kinesiterapia, metodă prioritară recuperatorie își formulează programul pe corelările dintre morfologia și funcția mecanoreceptorilor articulațiilor interesate.

Se consideră că poziția segmentelor articulare și sarcinile la care sînt supuse determină descărcări medulare recunoscute și interpretate de sistemul nervos central. Receptorii oaselor, articulațiilor și mușchilor, formațiuni afectate de procesul reumatismal, au funcții polivalente cu rol important kinestezic. Corpusculii Veter-Pacini, Golgi-Mazzoni, organele Rufini transmit impulsuri care dau informații asupra atitudinii, sensului și amplitudinii de angulație a segmentelor. Proprioceptorii intervin în perceperea schimbărilor de poziție și tonus muscular orientînd echilibrul și efectuarea corectă a mișcărilor, activitatea analizatorilor fiind reglementată de scoarță. Prin căile senzitive procesele nervoase ajung în scoarță unde se realizează legătura dintre sistemele aferente și eferente. Impresia se transformă în senzație iar sensibilitatea devine conștientă.

Afectarea capsulo-ligamentară în cursul proceselor reumatismale excită algoreceptorii iar mesajul algic ajuns în celulele speciale ale emisferelor cerebrale se transformă într-un proces psihic care declanșează reflexe de protecție a articulației cu consecințe asupra capacității funcționale a segmentului afectat. Urmează că restabilirea capacității funcționale prin măsurile terapeutice privește atît înlăturarea proceselor patologice locale cît și restabilirea mecanismelor de interpretare a stimulului proprioceptiv la nivelul scoarței cerebrale.

Administrarea locală a preparatului Boicil-Forte, capabil să suprime incitația nocio-ceptivă apoi asocierea psihokinetoterapiei în scopul remodelării comenzii centrale, pot fi fapte clincie care să motiveze asocierea celor două metode în accelerarea restabilirii funcționale de cauză reumatică.

Medicamentul Boicil-Forte este utilizat în practica antireumatismală la Policlinica Balneară Nicolina de 12 ani. Observațiile de pînă acum ale colectivului medical de la Nicolina au fost prezentate în 6 comunicări și un studiu de sinteză clinic și experimental. S-a demonstrat acțiunea

sa complexă analgezică asupra microcirculației, respirației tisulare și tensiunii arteriale, s-a evidențiat interrelația dintre Boicil și mediatorii simpatici și parasimpatici.

Acțiunea analgezică de interes pentru lucrarea de față este rezumată de autori astfel :

Extractul total de Helleborus species acționează asupra terminațiilor nervoase, pe care se fixează, producînd inexcitabilitatea lor pentru un timp mai îndelungat decît procaina și xilina. Substanța se fixează și pe trunchiurile nerviase mai mari ; după un timp de contact de 6—10 min. determină întreruperea conducerii nervoase și a reacției mușchiului striat la stimulii electrici. Se consideră că acțiunea analgezică a Boicilului Forte comparabilă cu cea a anestezicelor locale și a morfinei, este urmarea unor fenomene biologice care au loc la nivelul membranelor prin inhibiția transportului cationic.

Pentru evidențierea participării corticale în procesul de restabilire a funcționalității motorii a bolnavilor reumatici am selecționat un număr de 140 persoane ale căror deficit era determinat prin gonalgie cu substrat artrozic, de periostită, lipartrită sau tendinită patelară și numai acele cazuri la care administrarea loco-dolenti a medicamentului a înlăturat în scurt timp și persistent sindromul algic. În mod constant se remarcă faptul că deși în cazurile selecționate durerea a dispărut, nesiguranța în mers, limitarea angulației active, șchiopătarea, capacitatea de deplasare au continuat sub limita normalității.

Tratamentul cu Boicil s-a efectuat la 3 zile administrîndu-se într-o ședință 1—3 fiole pe punctele dureroase în cîte 6—12 înțepături.

Programul de kinetoterapie a cuprins exerciții active izometrice pentru ischio-gambieri, mișcări pentru a se obține o bună derulare a pasului, reeducarea urcatului și coborîtului scărilor, pășitul peste un obstacol. Aceste exerciții se integrau în ansamblul mișcărilor cu efecte psihomotorii dinamice de optimizare a potențialului aptitudinal restant, mișcări conștientizate în etajele superioare ale sistemului nervos.

Evoluția valorilor goniometrice și a capacității funcționale redate în tabelul ce urmează, demonstrează avantajul terapeutic al preparatului Boicil și beneficiul prioritar în privința scurtării intervalului de adaptare motorie prin complexul Boicil—psiho-kinetoterapie (în primul lot — 73%, în lotul al 2-lea — 93%).

EVOLUȚIA MOTRICITĂȚII ÎN A 10-A ZI DE TRATAMENT

	date goniometrice		șchiopătare		capacitate funcțională		
	sub limită	N	da	N	staționar	amel.	N
Boicil	10	60	18	52	1	18	51
Boicil + PKT	2	68	2	68	1	4	65

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Arseni C., Oprescu I. : *Durerea.* E.D.P., București, 1982.
2. Baciu C.C. : *Aparatul locomotor,* Edit. Medicală, București, 1981.
3. Brânzei P., Scripcaru Gh., Pirozynski T. : *Comportamentul aberant în relațiile cu mediul,* Edit. Junimea, Iași, 1970.
4. Goldberg L., Hoffmeister F. : *Psichic dependence,* Edit. Springer, Berlin, 1973.
5. Mateiciuc D., Mita N. : *Boicil Forte,* Edit. Medicală, București, 1979.
6. Viel E., Pierron G. : *Kinésithérapie,* Paris, 1985.

THE ROLE OF PSYCHO-KINO-THERAPY IN REHABILITATION OF FUNCTIONAL CAPACITY IN SOME FORMS OF ABORTICULAR RHEUMATISM SUBJECTED TO TREATMENT WITH BOICIL

Summary

From a large number of cases of gonalgies of rheumatic cause treated with Boicil serum the authors selected 140 persons in whom the motor status was recorded after removal of painful syndrome.

The check up of functional capacity was undertaken in the 10th day of treatment in two samples of 70 persons and it showed the superior evolution of the functional capacity in the persons in whom the treatment with Boicil serum was associated with exercises of integrative psycho-kino-therapy.

UNELE CONSIDERAȚII PRIVIND EFECTELE PRODUSULUI ASLAVITAL-INFANTIL ÎN TRATAMENTUL ASOCIAT RECUPERATOR AL COPIILOR CU DEFICIENȚE NEUROPSIHOMOTORII

G. Popescu, D. Rusu, Ofelia Popoveniuc, I. Lumei, V. Grigoraș

Spitalul de copii neuropsihici — Siret

STUDIUL NOSTRU A AVUT CA OBIECTIV EVALUAREA EFECTElor clinice și paraclinice ale produsului Aslavital pentru uz infantil, pe o perioadă de un an la un lot de 100 de copii cu grade medii și ușoare de deficiență neuropsihomotorie. S-a optat pentru metoda comparativă, evaluarea efectuîndu-se față de un lot martor — comparabil în toate cazurile atît în ceea ce privește numărul, grupele de vîrstă, repartiția pe sexe cît și, ab initio, procentele numerice în același profil de patologie. Ambele loturi au beneficiat de metode diverse recuperatorii de tipul terapiei ocupaționale, pedagogice și hidro-fizio-kinetoterapice (și, acolo unde a fost cazul, și de o terapie antiepileptică adecvată). Lotul martor a beneficiat și de o terapie neurotrofică generală. Intervalul de vîrstă cuprins a fost între 9 luni și 10 ani — din care 112 sex masculin și 88 sex feminin.

Majoritatea subiecților cuprinși în studiu prezintă un mediu familial de proveniență dezorganizat — pe fond de alcoolism și de patologie neuropsihiatrică. Se decantează o relativă predominență a factorilor etiologici exogeni surveniți pre, intra și post-natal, de tipul incidentelor toxice, infecțioase, obstetricale etc. — generatoare a retardului psihomotor.

S-a lucrat pe subiecți diferențiați Binet-Terman (și — acolo unde a fost posibil — și prin metoda „lacune în imagini" din trusa Wise) cu un Q.I. situat între 30 și 60 (exceptînd 3 subiecți cu un Q.I. cuprins în afara parametrilor indicați. respectiv unul cu un Q.I. = 29 și doi cu un Q.I. = 70).

Ambele loturi au fost investigate complex psiho-pedagogic, clinic, electroencefalografic, laborator și radiologic, atît inițial cît și repetat susținut pe întreg parcursul cercetării. Constant și ritmic, aceste optici de evoluție au fost notate dinamic de la debutul studiului și pînă la etapa de raportare finală. Copiii au fost testați pentru toleranță la Aslavital infantil. Nu s-a notat nici un caz cu reacții de sensibilizare la acest produs. Explorarea în plan psihologic a vizat palierul cunoașterii (și mai ales în sensul integrativ, insistîndu-se asupra atenției, memoriei, imaginației), cît și cel al afectului, voinței, limbajului etc.

S-a vizat de asemenea și evaluarea unor obiective mai largi de ordin neuro-psihic cum ar fi : motricitatea, coordonarea dinamică, statică și perceptivo-motrică, stabilizarea controlului sfincterian etc. Au fost sensibil egalizate condițiile microclimatice pe loturi de grupe, precum și în cadrul proceselor instructiv-educative și kineto-ergoterapice.

Terapia afecțiunilor intercurente s-a efectuat prompt — evitîndu-se însă la lotul în studiu grupa produselor contraindicate prin compoziția produsului testat. Efortul în echipă (din partea medicului, psihologului, ergoterapeutului, educatorului și a kinetoterapeutului) a vizat obiective nediferențiate pe cele 2 loturi, dar specifice pe grupă de vîrstă și compartiment de patologie. De menționat că pe lîngă obiectivele anterior menționate, o serie de tulburări neuromotorii grave, au impus la 8,28% din totalul subiecților și o terapie recuperatorie funcțională specială în săli amenajate cu aparatură adecvată (aplicîndu-se elemente Bobath, Kabat, Temple Fay și, în cîteva cazuri pentru recuperarea funcționalității membrelor superioare, s-a recurs în mod experimental și la metoda Andras Petö).

Concluzii : 1. Tratamentul cu Aslavital infantil este ușor de aplicat, nu este costisitor, nu este generator al unor reacții adverse notabile și este acceptat cu plăcere de către copil.

2. Produsul Aslavital infantil contribuie la o creștere a rezistenței generale a copilului. Noi am notat o scădere la aproximativ jumătate a proporției afecțiunilor intercurente față de lotul martor (13 la 22). Este de remarcat că la grupa 6—10 ani, proporția apariției nucleilor de osificare este cu 8% mai frecvent la lotul în studiu față de cel martor.

3. Terapia cu produsul Aslavital infantil — în asociere cu o terapie educațională și neurofuncțională adecvată duce la progrese semnificative în planul socializării, comportamental — grăbind recuperarea și inserția în societate a copilului handicapat neuro-psihomotor.

4. Considerăm însă în același timp că investigarea riguroasă a efectelor produsului este de dorit a se extinde atît ca timp cît și ca număr de subiecți — în special la unele categorii de copii problemă din instituții deschise, leagăne, școli, grădinițe etc.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Aslan A., Breaz S., Balaci M.. Vașcan C. : În Travaux du VIII ème Congres Europ. de Geront. — Neptun, R.S.R., 7, 1977.
2. Aslan A., Vrăbiescu Al., Popescu L., Enăchescu G., Sacerdoțeanu F., Mihăilescu V. : Travaux du VIII ème Congres Europ. de Geront., Neptun, R.S.R., 1977, pp. 83—90.
3. Dobrescu D. : *Farmacoterapie*, Edit. Medicală, București, 1981.
4. ★ ★ ★ *Produse farmaceutice*, Edit. Medicală, București. 1981.

SOME CONSIDERATIONS REGARDING TO THE EFFECTS OF THE ASLAVITAL FOR INFANT USE PRODUCT IN ASSOCIATED RECUPERATORY THERAPY OF CHILDREN WITH NEUROPSYCHOMOTOR DEFFICIENCES

Summary

Our study purpose was to test Aslavital for Infant use produce in 100 neuropsychomotor handicapped children between 0.9—10 years of age.

The comparison was made in a group synonim as number, age and pathological profile. Both groups enjoyed complex neurofunctional and educational therapies.

The lot of comparison enjoyed ordinary neurotrophical therapy.

In this group of study it was registered significant progress both on cognitive, affective, behaviour and integration plan.

The medical cure is easy to apply, it is cheap and received with pleasure by children.

DATE PRELIMINARE PRIVIND TESTUL DE SUPRESIUNE LA DEXAMETAZONĂ ÎN PSIHOPATOLOGIA INFANTILĂ

I. Benga, M. Chertes

Clinica de Neuropsihiatrie Infantilă — Cluj-Napoca

ANOMALIILE AXULUI HIPOTALAMO-HIPOFIZO-SUPRARENAL ÎN bolile depresive au fost intens investigate sugerîndu-se dezinhibiția acestui ax în depresia endogenă. Această dezinhibiție a fost bine documentată prin folosirea testului de suprimare la Dexametazonă (TSD) cu concentrații bazale crescute de Cortizol plasmatic și 17 corticosteroizi (17-CS) urinari, datorită unei inhibiții insuficiente a SNC asupra acestui ax, pe care o realizează în mod fiziologic. Există numeroase publicații dominate de cercetările lui Carroll care trasează valoarea TSD-ului în diagnosticul diferențial al depresiilor endogene. În ultimii 4—5 ani s-au acumulat foarte multe cunoștințe privind aplicarea testului atît în depresie cît și în alte suferințe psihiatrice (Brown 1979, Ostroumova 1980, Carroll 1981, Amsterdam 1982, Winokur 1982, Calloway 1984, Berger 1983). TSD este capabil să diagnosticheze corect depresia mascată endogenă la pacienții cu sindroame marginale, tulburări de personalitate, pseudodemență sau dureri cronice (Blumer 1981, Carroll 1981). Acest test este acceptat în S.U.A. și recomandat ca instrument de rutină în diagnosticul psihiatric. Cîteva recente raportări din literatură (Berger 1983) au însă rezerve privind utilitatea TSD ca instrument în diagnosticul diferențial. În studiile respective apar noțiuni noi și sînt comentate diferențele privind sensibilitatea, specificitatea și diagnosticul de certitudine. Neconcordanțele semnalate în literatură sînt discutate ca fiind datorate diferențelor metodologice, valorilor criteriu stabilite de fiecare laborator în studiul subiecților normali, doza de Dexametazonă (0,5—1—2 mg), valoarea criteriu a Cortizolului plasmatic sau 17-SC urinari, perioada fără medicație înaintea efectuării testului, prezența diferitelor boli asociate și sigur, deosebit de important, modalitatea de stabilire a diagnosticului.

Multiplele probleme legate de acest procedeu diagnostic, rezultatele variate semnalate de fiecare autor, constanța modificărilor legate de depresie, centrează în continuare multe preocupări. Numărul mic de asemenea studii la copii ne-a făcut să abordăm această problemă în patologia psihiatrică infantilă.

Material și metodă. Au fost investigați 16 copii (fete și băieți) cu vîrsta între 15—17 ani, internați în Clinica Neuropsihiatrică Infantilă în perioada 1984—1985 pentru diferite suferințe psihiatrice. Fiecare pacient a fost supus unor investigații clinice complexe, examen obiectiv, neurologic, psihiatric, psihologic, EEG, precum și examinările biologice care s-au impus. În vederea stabilirii diagnosticului psihiatric s-au aplicat criteriile D.S.M. III. Acești copii au fost supuși la TSD după procedeul următor : se administrează 2 mg Dexametazonă (cîte 0,5 mg la 6 ore începînd cu ora 23, consecutiv 2 zile). Se dozează 17-CS din urina recoltată pe 24 ore în ziua precedentă administrării Dexametazonei și din urina pe 24 ore în ziua următoare sfîrșitului administrării Dexametazonei. Valorile 17-CS au fost interpretate ținîndu-se cont de valorile medii în funcție de vîrstă și sex. Cazurile supuse TSD au fost investigate clinic și paraclinic pentru excluderea acelora care ar putea provoca reacții fals pozitive și reacții fals negative.

Rezultate și discuții. Lotul de 16 cazuri luate în studiu este format din 10 fete și 6 băieți. Din punct de vedere al dezvoltării sexuale majoritatea erau în perioada post pubertară cu excepția a două fetițe. Analiza privind diagnosticul acestor cazuri relevă faptul că 10 din ei aveau un diagnostic de psihoză, celelate cazuri erau tulburări nevrotice, dizarmonii de personalitate precum și un copil cu sindrom Kleine-Lewin. Grupul de copii psihotici a avut următoarea componență : 3 cazuri cu diagnostic de schizofrenie, 1 caz bufeu confuziv reactiv, 1 caz cu psihoză maniaco depresivă de 15 ani, celelalte 5 cazuri aveau un tablou clinic dominat de o simptomatologie depresivă cu anumite particularități. Ele au avut o evoluție favorabilă sub terapie antidepresivă și li s-a formulat diagnosticul de depresie atipică. Unul din aceste cazuri a evoluat în timp spre schizofrenie. Analiza grupului non psihotic evidențiază prezența a 4 cazuri cu episod depresiv minor și 1 caz cu dizarmonie de personalitate.

Rezultatele la investigația TSD evidențiază faptul că din cei 10 copii psihotici 3 aveau testul negativ, este vorba de copilul cu confuzie reactivă. unul din cazurile de schizofrenie și 1 caz cu depresie atipică (o fetiță intens tratată inclusiv cu electroterapie și la care se discuta posibilitatea intervenției unui factor psihogen. Celelalte 7 cazuri psihotice aveau TSD pozitiv. Toate cazurile non psihotice au avut TSD negativ. Rezultatele investigațiilor noastre relevă prezența testului pozitiv în cazurile psihotice endogene în proporție de 70%, similar datelor lui Carroll care găsește în depresia endogenă sensibilitate de 40—50%, specificitate de 90—95% iar în schizo-afectiv depresie 69%. Rezultate asemănătoare semnalează și Aguilar 1984 în depresia endogenă 52%, schizo-afectiv de 69%. Corelațiile făcute de Oxenkrug (1984) între hiperactivitatea axului hipotalamo-hipofizo-suprarenal și îmbătrînire rămîn în discuție avînd în vedere rezultatele cercetării noastre. Cercetările lui Berger privind corelația între pozitivitatea TSD și stresul creat de internare nu a putut fi evidențiat în cazul nostru unde toți pacienții au avut același statut și reacția față de internare posibil prezentă în ambele grupuri. Relația cu medicația este și ea discutabilă. Majoritatea cazurilor au fost sub terapie în momentul efectuării testului — medicație antidepresivă în cazurile cu diagnostic clinic de depresie atît psihotică cît și neurotică. Studiul nostru este în concordanță cu cel al lui Calloway

1984 care sugerează că nonsupresia nu este rezumată la un sindrom depresiv particular, fenomenul putînd fi datorat unui proces nespecific apărut la pacienții depresivi și mai exact la pacienții cu simptomatologie endogenă. Multiple lucrări au corelat nonsupresia cu anxietatea și hipokinezia, considerîndu-se că pacienții tineri depresivi au tendință spre anxietate, iar pacienții vîrstnici spre hipokinezie. Aceste două concepte pot reprezenta modele foarte diferite ale disfuncției neurotransmiterii producînd dezinhibiția axului hipotalamo-hipofizo-suprarenal și nonsupresia.

Rezultatele noastre rămîn cu atît mai interesante cu cît în cazul cu sindrom Kleine-Lewin unde se recunoaște a exista o perturbare endocrină care să crească nivelul 17-CS, testul a fost negativ. Sigur, numărul restrîns de cazuri precum și necesitatea urmăririi în timp a evoluției clinice în cazurile psihotice aduce nevoia continuării studiului.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Aguilar, M.T., Lemaire, M., Castro, P.: Journal of Affective Disorders, 1984, nr. 6, pp. 33—42.
2. Calloway, S.P., Dolan, R.J., Fonagy, P.: Psychological Medicine, 1984, nr. 14, pp. 749—758.
3. Clayton, P.J.: The Journal of Nervous and Mental Disease, 1982, nr. 170, pp. 646—649.
4. Fogelson, D.L., Cohen. B.M., Pope, H.G.: Am. J. Psychiatry, 1982, nr. 139, pp. 1 281—1 285.
5. Holsboer, F., Steiger, A., Maier, W.: Biological Psychiatry, 1983, nr. 8, pp. 911—916.
6. Lesser, I.M., Rubin, R.T., Finder, E., Forster, B., Poland, R.E.: Psychoneuroendocrinology. 1983, nr. 8, pp. 441—445.
7. Martin, F., Shapiro, L., Anthony, E.: The Journal of Nervous and Mental Disease, 1983, nr. 12, pp. 714—720.
8. May, M., Ariano, M.G., Arena, F., Kamali, D.: Neuropsicho-biology, 1984, nr. 11, pp. 168—173.
9. Oxenkrug, G.F.. Mc Intyre, I., Stanley, P.: Biological Psychiatry, 1984, nr. 19, pp. 413—416.

PRELIMINARY DATA REGARDING THE DEXAMETHASONE SUPRESSION TEST IN CHILD PSYCHOPATHOLOGY

Summary

Urinary 17-ketosteroid levels in reponse to dexamethasone supression test have been determined in 16 children (boys and girls) aged 16—17 years, hospitalized for various psychiatric sufferings. 10 pacients have been diagnosed as psychotics (atypical depression, schizophreny), while the remaining had disthymic or personality disturbances. Non-suppresion of 17 ketosteroid excretion after dexamethasone has been observed in 70% of the pathologic pacients while in all non-psychotic pacients the supression occured. The relationship with treatment and the stress induced by hospitalization is discussed.

ATITUDINE TEÓRETICĂ ȘI PRACTICĂ — REZULTATE OBȚINUTE ÎN TRATAREA SCHIZOFRENIEI

G. Cornuțiu

Spitalul de Neuropsihiatrie — Oradea

OBSERVAȚII TEORETICE. REFERITOR LA CONCEPTUL DE SCHIzofrenie, literatura de specialitate (1, 2) beneficiază de o descriere fenomenologică cvasi-exhaustivă, de o mulțime de tentative psihopatologice complementare, dar insuficente, atît în particular cît și în întregul corpus psihopatologic literar. De asemenea, avem la îndemînă cîteva definiții edificatoare, nu scutite însă de contestări și de o generalitate ambiguă, lipsită de eficiență. În ciuda acestui stadiu de empiricitate și speculație a cunoștințelor noastre actuale, rezultatele terapeutice sînt spectaculoase, în raport cu trecutul, ceea ce înseamnă că în ciuda inconsistenței pozițiilor teoretice, cercetările din domeniul schizofreniei sînt pe un drum fertil. Încă ceva de remarcat : deși există o mulțime de conceptualizări ale schizofreniei, uneori contradictorii, în întreaga lume se afirmă aceleași practici terapeutice și cam aceleași rezultate. Dacă în teorie, psihiatrii diverselor școli pot fi dușmani, în practică sînt la un unison uimitor. Pornind de aici, am urmărit conținutul clinic al conceptului de schizofrenie, la psihiatrii din județul Bihor, cît și rezultatele obținute în lupta cu cea mai dezumanizantă boală.

Material și metodă. Pentru a surprinde cît mai sugestiv dinamica populației schizofrene din județ, am făcut de fapt 3 studii separate. Astfel am analizat internările și externările cu diagnostic de schizofrenie din spitalul județean de profil. am analizat un lot semnificativ de schizofreni dispensarizați prin L.S.M. Oradea și am analizat populația de schizofreni cronici internați în secția de cronici ai Spitalului de Psihiatrie Nucet. Baza studiului a fost foaia de observație, cu toate limitele pe care sumarizarea inerentă a rutinei o impune acestora. Din acest motiv parametrii urmăriți, posibil de urmărit la fiecare din cele 3 loturi de schizofreni, au fost puțini în raport cu o listă teoretică, dar suficienți pentru unele concluzii practice. Cele 3 loturi reprezintă de fapt cele 3 faze (potențial evolutive ale schizofrenilor) : a. faza acută (debut sau recădere) necesitînd internare în secția de acuți. b. faza post floridă, de tratament și dispensarizare în ambulator (LSM). c. încă posibila fază de cronicitate, necesitînd internarea în secții de cronici. Cele 3 loturi fiind studiate la date diferite și scopuri oarecum diferite, parametrii urmăriți nu au fost constanți. Din motiv de spațiu voi enumera doar rezultatele mai revelatorii.

Rezultate. Urmărind schizofrenii internați în spitalul Oradea pe perioada unui an, aceștia erau prezenți în raport cam de 1/10. În ceea ce

privește formularea diagnostică : a. pentru debut, nu mai puțin de 17 formulări dg. Licență euristică jenantă, dar adevărată. b) pentru ceilalți bolnavi situația inversă — 41% figurînd simplu schizofrenie. Pe axa distanței de la debut frecvența cazurilor crește progresiv pînă la 5—10 ani, apoi scade lent. Ca interval de la penultima internare 84% se reinternează în primii 2 ani. Partiția pe grupe de vîrstă : frecvența crește pînă la 30 ani (între 25—30 maxima) scade apoi lent pînă la 45 ani, cînd scade brusc. Schizofreni dispensarizați prin LSM Oradea reprezintă aproape 1/3 bolnvai dispensarizați și figurează cu dg. : Schizofrenie, sindrom discordant, boală discordantă, proces discordant, proces Bleuler... Am studiat carnetele unui lot de 100 bolnavi după criterii strict teritoriale. În privința capacității de muncă : 46 pensionari gr. II, 4 pensionari gr. III, 1 caz cu muncă redusă, 7 nu au fost niciodată angajați, 36 nu au fost niciodată pensionați, 6 au fost pensionați și apoi depensionați. Aspectul cel mai interesant este repartiția cazurilor pe distanța debut-pensionare. Din cei 46 pensionați gradul II, 33 (70%) s-au pensionat în primii 3 ani, dintre care 15 (32%) în primul an. Reieșea o relație inversă cu timpul, cu cît scăpau mai departe de debut, cu atît aveau mai mari șanse de a nu ajunge pensionari. De asemenea la cei 6 foști pensionari, azi reangajați, perioada de pensionare a fost la 3 cazuri de 2 ani, iar la 3 cazuri de 3 ani. Tot așa am arătat mai sus că 84% dintre reinternări se înscriau în primii 2 ani de la penultima internare. Considerînd în primul rînd prezența la control (și psihoterapie) plus eliberarea medicației cu o regularitate aproximativă, ca tratament corect, am găsit în categoria „tratament corect“ un raport de 26 nepensionari/11 pensionari, iar în categoria „tratament incorect“ 16 nepensionari/37 pensionari. Schizofreni internați, pe parcursul a 9 ani, în secția de cronici a spitalului Nucet reprezintă cam 1/6 bolnavi cronici, cu o partiție pe sexe de 63,3% B și 36,7% F. — probabil problemă de toleranță socială.

Concluzii : 1. Formularea diagnostică se face cu o larghețe lexicală, frizînd veleități literare, discreditează și e jenantă în raport cu orice pretenție de rigoare științifică. Adoptarea unei atitudini unitare și obligatorii a formulării diagnostice este o necesitate și fără a recurge la reducționism etapa actuală ar trebui să ducă la un consens între cele șase clinici universitare.

2. Carnetele de dispensarizare prin LSM sînt depășite, nu subliniază esența cazului și trebuiesc reformulate. Consider că s-a acumulat suficientă experiență pentru a fi structurate pe parametrii definitorii ai bolii.

3. Perioada maximei potențe recuperatorii a schizofreniilor este cea a primilor 3 ani de la debut, timp în care travaliul terapeutic nu trebuie limitat de nici un barem administrativ.

4. Cel mai important factor al recuperării este chimioterapia corectă și regulată.

5. Vîrsta de 50—55 ani este un fel de limită biologică a schizofrenilor, cînd rata deceselor crește brusc.

BIBLIOGRAFIA SELECTIVĂ

1. Predescu V.: *Psihiatrie*, Edit. Medicală, Bucureşti, 1976.
2. Gorgos C.: *Vademecum în psihiatrie*, Edit. Medicală, Bucureşti, 1985.

THEORETICAL AND PRACTICAL ATITUDES. RESULTS OBTAINED IN TREATING SCHIZOPHRENY

Summary

On studying three groups of schizophrenics: a. hospitalized in the acute ward (the initial or relapse acute phase); b. out-pacients treated through the Mental Health Laboratory (post-florid phase); c. hospitalized in the chronics ward (the still possible chronicity phase), we have found: 1. the maximum recovery potentiality period of the schizophrenics in that of the initial three years from the debut, period in which from therapeutic effort should not be limited by any administrative norme. 2. the most important factor of recovery is the correct and regular chemiotherapy. 3. the age of 50—55 is a kind of biological limit of the schizophrenics, when the death rate increases abruptly, 86% dying without any objective cause.

PSIHOTERAPIA FAMILIEI BOLNAVULUI PSIHIC

Magda Luchian, T. Rudică

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași
Universitatea „Al. I. Cuza" — Iași

ACEASTĂ TERAPIE SPECIALĂ ȘI COMPLEXĂ, APLICATĂ BOLnavului psihic și familiei lui, trebuie privită ca act profilactic, metodă de tratament și ca mijloc de realizare a unui climat favorabil dezvoltării personalității bolnavului, după vindecare sau în perioada de remisiune. Aspectul calitativ al relațiilor de microgrup familial are o importanță deosebită în echilibrul psihic și moral atît al pacientului, cît și al celorlalți membri ai familiei. Psihoterapia de familie extinde cadrul înțelegerii bolii psihice de la individ la contextul relațiilor sale familiale, subliniind relația etiopatogenică dintre disfuncțiile familiale și boala psihică (1, 2).

Psihoterapia trebuie să intervină atît în relațiile familiale — pacient cît și în cele dintre membrii familiei ; poate exista și necesitatea psihoterapiei unuia dintre membrii normali ai familiei (ex. : mama, care are sentimentul culpabilității).

Obiectivele concrete pe care ni le-am propus în activitatea noastră, au fost : sporirea permiabilității afective între membrii familiei, evitarea situațiilor conflictuale și frustrante între aceștia, restructurarea unui sistem familial deschis (acolo unde este posibil), capabil să declanșeze atitudini de întrajutorare și înțelegere interpersonală, atît de necesare dezvoltării autonomiei bolnavului și mobilizării resurselor restante, în vederea reintegrării sale sociale.

Tehnicile psihoterapeutice aplicate au fost alese în funcție de : boală și evoluția ei, personalitatea bolnavului și tipul de familie (exemplu : închistată sau cooperantă, liberală sau tiranică, integrată social sau nonconformistă etc.).

Pentru început, a fost necesară o etapă de investigare complexă, de ordin biologic, psihologic și social a bolnavului și a grupului familial din care acesta face parte (starea de sănătate a familiei, caracterul și tipul de reacție al familiei în raporturile sociale, starea materială, evenimentele deosebite, calitatea relațiilor extrafamiliale. instructiv-educative și socio-profesionale ale grupului familial, genul de relații dintre membrii familiei sub aspectul lor dinamic etc.). Aceste aspecte sînt investigate o dată la 6 luni pînă la sfîrșitul tratamentului cînd re-

evaluăm calitativ ambianța intra-familială, reinserția bolnavului în familie și a acesteia în societate.

Ca metode psihologice de investigare folosite, menționăm : chestionarele Eysenck și W.M., experimentul asociativ-verbal forma dezvoltată, observația, anamneza și convorbirea.

Relația psihoterapeut-familie este percepută de către membrii acesteia, ca o relație de ajutor, în care psihologul caută să le favorizeze maturitatea afectivă, o mai bună funcționare și o mai mare capacitate de a înfrunta viața.

Din experiența noastră, referitoare la percepția de către familie-pacient a relației cu terapeutul, considerăm ca favorabili următorii factori : încrederea familiei în psihoterapeut ; sentimenul securității afective, insuflat de către acesta ; clarificarea și exprimarea deschisă a sentimentelor pe care membrii familiei le abordează vag și cu ezitări.

Ca factori inhibanți ai relației, menționăm : absența interesului față de *toate* problemele familiei sau o imixtiune forțată a psihologului în rezolvarea acestora ; o atitudine distantă sau de respingere directă din partea terapeutului, fie o simpatie prea mare ; acordarea unei importanțe mai mari trecutului, față de problemele actuale ale familiei.

În mare măsură, succesul unei terapii este strîns legat de simpatia și respectul care se stabilesc între familie și terapeut. Atitudinile și sentimentele psihologului au mai multă importanță ca orientarea sa teoretică ; în mod egal, modul în care aceste atitudini și procese psihoterapeutice sînt percepute de membrii familiei, este crucial.

O condiție a eficienței psihoterapiei este ca familia să se simtă plenar acceptată. Oricare ar fi sentimentele sale — teamă, disperare, nesiguranță, furie, oricare ar fi maniera în care își privește propria situație în acel moment, să perceapă că este plenar acceptată. Aceasta implică o comprehensiune empatică și o acceptare necondiționată din partea terapeutului.

Procesul psihoterapeutic determină o schimbare în maniera în care familia bolnavului psihic *este capabilă* și *dorește* să se comunice în acest climat de acceptare.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Ionescu A. : Rev. de psihologie, 1983, t. 29, pp. 159—173.
2. Pirozynski T., Pirozynski Miarka, Gottlieb H., Hrimiuc V. : *Funcția relațională a ergoterapiei în asistența medico-socială a bolnavului psihic*, Sesiune științif., Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași, 1976, pp. 59—61.
3. Rogers Carl : *Le développement de la personne*, Collection : Organisation et sciences humaines, Paris. 1982.
4. Sen A. : *Laboratorul de psihologie clinică*, Edit. șt. și enciclop., București, 1975.
5. Stoian A. : Rev. de psihologie, 1980, t. 26, pp. 91—103.
6. Șchiopu U. : Rev. de psihologie, 1980, t. 26, pp. 487—497.

FAMILY PSYCHOTHERAPY OF PSYCHIC PACIENT

Summary

The psychotherapy of the psychic pacient is an aspect of the modern manner of considering psychic diseases in their social and relational context.

This therapeutic process passes several stages, each one being conditioned by the previous one and its efficiency depends on the obey of some fundamental principles for both general human relations and for the emotionally satured relations within family.

VIRTUȚILE PSIHOTERAPEUTICE ALE CAPACITĂȚII EMPATICE

T. Rudică

Universitatea „Al. I. Cuza" — Iași

COMPLEXITATEA RELAȚIEI „MEDIC—BOLNAV" DERIVĂ DIN faptul că ea reprezintă un proces de *comunicare* și *înțelegere* între două conștiințe care, de multe ori, nu știu, nu pot sau nu vor să se „deschidă" una față de cealaltă, pentru a colabora și chiar „trăi" una în cealaltă. Prospectarea și valorificarea elementelor umane, subiective, ale relației medic-bolnav sînt menite să potențeze eforturile de combatere și prevenire a morbidității, de soluționare pozitivă a cazuisticii medicale.

Atît medicul cît și pacientul trebuie să aibă aptitudinea de a *dialoga*, care implică un set de capacități și condiții : a) capacitatea exprimării logice a punctului de vedere propriu (de a te face înțeles de către un interlocutor), b) înțelegerea punctului de vedere al altuia (transpunerea în sistemul de argumentație al semnului), c) atitudinea dezinteresată și antirutinară (absența orgoliului și a unor idei preconcepute), d) încredere în persoana interlocutorului (5). Dialogul autentic presupune, așadar, o *înțelegere reciprocă* a punctelor de vedere, dar nu neapărat și o *identificare totală* a acestora, pînă la „uitarea de sine". Este de dorit ca din acest schimb de idei și atitudini să rezulte noi perspective, noi posibilități de autoevaluare critică. Subliniem acest aspect, deoarece de el se pare că depinde succesul acțiunii terapeutice a relației medic-bolnav : concomitent cu această capacitate empatică (prin care se realizează transpunerea în situația bolnavului și examinarea atentă, plină de afecțiune și încredere reciprocă), medicul trebuie să probeze și o capacitate de *detașare lucidă* de suferințele pacientului, care-i va permite să descifreze și să dirijeze în mod onest și științific cauzalitatea medicală.

Pericolul identificării și al nerealizării detașării lucide era întîlnit în trecut la unii din așa-numiții „medici de familie", la care elementele afective ajungeau să domine în așa măsură relația lor cu suferindul încît se lăsau influențați în realizarea psihodiagnosticului și a actului psihoterapeutic de considerațiile și deciziile bolnavului. Același pericol, al accentuării subiectivității judecăților de către atitudinea afectivă față de anumite situații, îl întîlnim și atunci cînd medicul trebuie să trateze un confrate, sau pe propriul copil, pe propria soție (sau soț).

Așa cum arătam cu o altă ocazie (6), sînt modele de relație medic-bolnav care facilitează comunicarea și înțelegerea reciprocă, dar sînt și modele care în-

greuiază sau fac chiar imposibilă stabilirea unei relații de comunicare reale (de exemplu modelul verbal autoritar. ironic, persuasiv sau oscilant). Faptul că mulți dintre bolnavi nu sînt satisfăcuți mai ales sub raport afectiv în cadrul relației de comunicare cu medicul, că această relație nu devine favorabilă receptării mesajelor în ambele sensuri, reiese și din faptul că mulți pacienți repetă consultația la 2—3 și chiar mai mulți medici specialiști, pînă întîlnesc acel medic dispus să realizeze acel „transfer de energie spirituală", de care vorbește dr. Păunescu-Podeanu, și care se traduce prin acea atitudine de simpatie, de încredere și dorință de a tonifica speranța bolnavului în vindecarea sa.

Este necesar ca medicul să ia în considerare *starea psihologică* a bolnavului, modul lui cu totul particular de a realiza și privi boala. A devenit de-acum comună aserțiunea că „nu sînt atît boli, ci bolnavi" : fiecare individ realizează boala respectivă în maniera lui personală. Acest „coeficient de psihogenie" este la unii oameni așa de ridicat încît creează așa-munitele „boli imaginare", care nu au un substrat real, organic ; boala respectivă este mai mult în închipuirea acelui individ temător, impresionabil și sugestibil. Nu toți bolnavii pot sau știu să coopereze cu medicul la vindecarea lor. Prin firea lor ursuză și morocănoasă, unii suferinzi nu dovedesc acea receptivitate și dispoziție psihică de a se lăsa influențați. Opusul acestora îl reprezintă bolnavii deosebit de impresionabili și sugestibili în relație cu care se dezvoltă ușor „iatrogeniile". Nu mai puțin dificili sînt și acei bolnavi al căror comportament cuprinde un ridicat coeficient de imprevizibilitate și hazard : la început docili și supuși, ulterior ei se dovedesc a fi deosebit de susceptibili și neîncrezători în tratamentul care le-a fost prescris, ajungînd chiar să reproșeze medicului curant o anumită doză de incompetență sau dezinteres. Acestora li se poate asocia, în sfîrșit, acei bolnavi egocentrici, convinși că boala lor „nu este chiar ca a oricui" și care consideră, în consecință, că nici tratarea suferinței lor nu trebuie făcută „ca la oricine" (de aici și desele lor imixtiuni în activitatea medicului de fixare și desfășurare a tratamentului medical).

Atitudinea empatică cere din partea medicului tocmai această capacitate de a considera diferențiat reactivitatea și personalitatea suferindului, de a evolua corect latura particulară, subiectivă, a pacientului. De altfel, acesta este însuși deziderațul medicinei, de a individualiza și particulariza formele în asistență și tratament. Tot mai mulți specialiști (2, 3, 4) atrag astăzi atenția asupra acestui fapt că înțelegerea bolnavului în integralitatea individualității sale face parte din raționamentul și analiza diagnosticului, ca și din opțiunea privind aplicarea măsurilor de tratament și recuperare. Ignorarea personalității bolnavului, a cerințelor acestuia, utilizarea inadecvată a cuvîntului sau gestului în cadrul relației medicale dă naștere, așa cum am mai arătat, iatrogeniilor (psihogeniilor). M. Balint (1) atrăgea în 1970 atenția asupra faptului că nota de subiectivism a suferinței umane (dată de temerile, neliniștile și suspiciunile bolnavului) poate fi amplificată de medic în timpul anamnezei și a examinării bolnavului, mai ales atunci cînd se comit greșeli de comunicare, de tact psihologic. În acest sens, literatura de specialitate abundă, din păcate, în prezentarea unor cazuri de psihogenii din care reiese cu cla-

ritate faptul că sub efectul unor aprecieri drastice ale medicului, care nu oferă aproape nici o șansă de vindecare bolnavului, se produce fie o intensificare și permanentizare a simptomelor inițiale de inapetență, insomnie și nozofobie ale suferindului, fie o înlocuire a simptomelor organice cu altele de natură psihică (ex. teamă, preocupări hipocondrice, idei de incurabilitate, fobia morții iminente etc.). Trebuie arătat, însă, că realizarea unei atitudini empatice din partea medicului este condiționată nu numai de virtuțile psihologice ale acestuia, ci și de o serie de factori obiectivi. Astfel, practica medicală curentă arată că ceea ce îngreuiază adeseori realizarea relației empatice este faptul că boala afectează simultan sau succesiv mai multe organe, creînd o „patologie de graniță" deosebit de complexă, dar care apare mai mult ca un „teritoriu al nimănui", datorită tendinței de specializare și supraspecializare în medicina de azi. Ca urmare a acestei considerări a bolii doar prin prisma propriei specialități medicale, bolnavul este neglijat sub raportul stărilor psihologice particulare, fiind „pasat" de la un medic la altul, și fără ca unul dintre aceștia să-și asume responsabilitatea îngrijirii sale de durată. Bolnavului îi va veni foarte greu, în aceste condiții, să se adapteze la exigențele diferitelor stiluri de consult medical, fiecare medic venind, se știe, cu particularitățile sale de caracter și de comportament.

Numai cu tact deosebit și respectînd personalitatea suferindului, numai făcînd dovada unui simț autocritic, a unei capacități de autoevaluare obiectivă, putem atenua acea tensiune psihologică specifică a consultului medical, determinată de neliniștea bolnavului și de temerea sa că afecțiunea de care suferă este deosebit de severă.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Balint, M.: *Le medecin, son malade et la maladie*, Paris, Payot, 1970.
2. Brânzei, P.: *Simțul clinic și arta diagnosticului*, Edit. Facla, Timișoara, 1973.
3. Enătescu, V.: *Dialogul medic-bolnav*, Edit. Dacia, Cluj-Napoca, 1981.
4. Grama, D.: *Preferința interpersonală*, Edit. Științifică, București, 1974.
5. Pirozynski T., Scripcaru Gh., Pirozynski Miarka: *Etică și axiologie contemporană*, Edit. Junimea, Iași, 1983.
6. Rudică, T.: *Eu și celălalt*, Edit. Junimea, Iași, 1979.

PSYCHOTHERAPY VIRTUES OF EMPATHIC CAPACITY

Summary

The empathic attitude requires physician's effort in treating differently the reactivity and personality of the patient, in estimating correctly the patient's characteristic subjective side. In fact, that is the very desideratum of medicine — to individualize and particularize forms of care and treatment. But, at the same time, with this empathic attitude, the physician must prove a capacity of cool detachment from the patient's sufferings, which will enable him to solve and control honestly and scientifically medical cases.

ASPECTE PSIHOLOGICE ALE HIPNOTERAPIEI DE SCURTĂ DURATĂ ÎN NEVROZE

L.L. Gurguță, Elena Banacovschi, Evdochia Curelaru, P. Codreanu, Mihaela Panaite, F. Popon, M. Marcel, C. Pavel

Spitalul de Psihiatrie — Botoșani

ÎN PSIHIATRIA CONTEMPORANĂ SE MANIFESTĂ TENDINȚA DE reconsiderare a valorii terapeuticilor sugestive în urma noilor progrese ale sugestologiei. Astfel, sugestia participă la constituirea mecanismelor autoprotective (Gheorghiu) și în același timp este un mecanism specific de apărare cu acțiune homeostatică asupra eului.

Material și metodă. Ne-am propus să explorăm eficiența unei tehnici hipnosugestive de întărire a eului nevrotic. Lotul selectat în urma examinării psihiatrice și psihologice cuprinde 20 pacienți nevrotici (10 de sex masculin și 10 de sex feminin), cu o medie de vîrstă de 28,8 ani (limitele între 18—43 ani). Distribuția pe tipuri de nevroze a fost : 13 cazuri, neurastenie ; 2 cazuri, nevroză pitiatică ; 2 cazuri, psihastenie ; 2 cazuri, nevroză sexuală ; 1 caz, nevroză motorie.

Fiecare pacient a urmat tratament psihotrop-tranchilizante minore prescrise de psihiatru și ședințe individuale de hipnoză (după Weitzenhoffer și Hilgard) asociate cu o tehnică persuasivă de întărire a eului (adaptată după Hartland). Numărul ședințelor a fost variabil în funcție de solicitări (media : 13 ; numărul maxim : 20 ; numărul minim : 6). Efectul terapiei s-a controlat prin probe psihometrice, aplicate înainte (varianta test) și după psihoterapie (retest) : reactivitate psihomotorie (test Tapping) ; atenție distributivă (test Praga) ; atenție concentrată (test baraj) ; memorie auditivă cuvinte (test Bontilă) ; personalitate-nevrotism (Eysenck Personality Inventory). Q.I. mediu al lotului a fost de 97 (test Raven). La întreruperea terapiei fiecare pacient își evalua starea psihică : agravare (0 puncte) ; staționară (1 punct) ; ameliorare (2 puncte) ; vindecare (3 puncte).

Rezultate și discuții. Datele brute culese înainte și după terapie au fost raportate la un etalon în centile, apoi convertite în valori procentuale. Deasemenea s-a calculat semnificația diferențelor dintre medii ($\bar{x}$ = media ; ρ = abaterea standard), prin *testul Student* (t).

1. *Test tapping :* a) *varianta test* ($\bar{x} = 6$; $\rho = 4{,}2$) : centila 0 (foarte slab) : 40% ; centila 10 (slab) : 60% ; b) *varianta retest* ($\bar{x} = 10$; $\rho = 8{,}3$) : centila 0 (foarte slab) : 35% ; centilele 10—20 (slab) : 65% ; c) *test* $t = 3{,}669$; $p < 0{,}005$.

2. *Test baraj :* a) *varianta test* ($\bar{x} = 42$; $\rho = 26{,}6$) : centilele 0—20 (slab) : 40% ; centilele 30—70 (mediu) : 45% ; centilele 80—100 (bun) : 15% ; b) *varianta retest* ($\bar{x} = 46$; $\rho = 25{,}4$) : centilele 0—20 (slab) : 35% ; centilele 30—70 (mediu) : 45% ; centilele 80—100 (bun) : 20% ; c) *test* $t = 4{,}054$; $p < 0{,}001$.

3. *Test Praga :* a) *varianta test* ($\bar{x} = 38$; $\rho = 26{,}4$) : centilele 0—20 (slab) : 40% ; centilele 30—70 (mediu) : 50% ; centilele 80—100 (bun) : 10% ; b) *varianta retest* ($x = 42$; $\rho = 26{,}8$) : centile 0—20 (slab) : 35% ; centile 30—70 (mediu) : 45% ; centilele 80—100 (bun) : 20% ; c) *test* $t = 3{,}691$; $p < 0{,}005$.

4. *Test memorie*: a) *varianta test* ($\bar{x} = 31$; $\rho = 25{,}07$) : centilele 0—20 (slab) : 55%; centilele 30—70 (mediu) : 35%; centilele 80—100 (bun) : 10%; b) *varianta retest* ($x = 37$; $\rho = 27{,}4$) : centilele 0—20 (slab) : 45%; centilele 30—70 (mediu) : 35%; centilele 80—100 (bun) : 20%; c) *test* $t = 3{,}508$; $p < 0{,}005$.

5. *Eysenck Personality Inventory (scala nevrotism)*: a) *varianta test* ($\bar{x} = 90$; $\rho = 10{,}4$) : centilele 90—100 (nevrotism accentuat) : 65%; centila 80 (nevrotism prezent) : 25%; centila 70 (tendințe la nevrotism) : 10%; b) *varianta retest* ($\bar{x} = 79$; $\rho = 8{,}3$) : centilele 90—100 (nevrotism accentuat) : 45%; centila 80 (nevrotism prezent) : 30%; centila 70 (tendințe la nevrotism) : 15%; centila 60 (stabilitate emoțională) : 10%; c) *test* $t = 1{,}89$; $p < 0{,}001$.

6. Aprecierea subiectiv-introspectivă a stării „sufletești" după terapie : 55%, ameliorare ; 45%, vindecare.

Psihometria a evidențiat : tendința de creștere ușoară a indicelui de reactivitate psihomotorie (cu 5%) ; îmbunătățirea atenției concentrate (valorile medii cresc cu 15% iar cele superioare cu 5%) ; creșterea performanțelor foarte bune ale atenției distributive (cu 10%) ; creșterea performanțelor superioare ale memoriei auditive (cu 10%) ; scăderea indicelui de nevrotism (cu 15%). Diferențele dintre medii înregistrate înainte și după terapie au fost toate înalt semnificative, la praguri variabile între $p < 0{,}001$ și $p > 0{,}005$. (test Student).

Spre deosebire de modificările obiective neomogene relevate prin psihometrie, ameliorarea subiectivă (a trăirii nevrozei) a fost mult mai pronunțată (cu 100%), demonstrînd importanța inducției sugestive pozitive asociată chimioterapiei.

Concluzii. 1. Hipnoterapia prin tehnica întăririi eului este o metodă psihoterapeutică de scurtă durată (Wolberg — maxim 20 ședințe), ce nu trebuie confundată cu hipnoza fracționară (V. Predescu, G. Ionescu). Tratamentul eului nevrotic (*sindrom psihogenetic egofob*, Brânzei) prin această tehnică este favorizat de faptul că 90% din oameni sînt capabili să intre în stare hipnotică ușoară (Hartland).

2. Deși modificările psihometrice obținute în urma sugestoterapiei asociată chimioterapiei cu tranchilizante nu sînt spectaculoase, ele au fost semnificative din punct de vedere statistic (autocontrolul ideomotor s-a îmbunătățit, performanțele mnezice și prosexice au crescut iar gradul de nevrotism a scăzut).

3. Ameliorarea subiectivă obținută în urma terapiei a fost totală, așa încît opinăm că o cale importantă a constituit-o sugestia considerată ca mecanism egoprotectiv și homeostatic ; prin sugestie s-a intervenit în revalorizarea sinelui și eului, s-a diminuat anxietatea și supravalorizarea afectivă a simptomelor, s-au indus restructurări atitudinale în fața surselor generatoare de stress.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Brânzei P. : *Itinerar psihiatric*, ed. a II-a, Edit. Junimea, Iași, 1979.
2. Gheorghiu V.A., Ciofu I. : *Sugestie și sugestibilitate. Aspecte psihologice și psihofiziologice*, Edit. Acad. R.S.R., București, 1982.
3. Hartland J. : *Medical and Dental Hypnosis, and its clinical applications*, second

edition, Bailliere Tindall, London, 1979.
4. Predescu V. (sub redacţia) : *Psihiatrie,* Edit. Medicală, Bucureşti, 1976.
5. Weitzenhoffer A.M., Hilgard E.R. : *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale,* Form C, Stanford University, Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, California, 1962, pp. 1—13.
6. Wolberg L.R. : *Hypnosis is it for you ?,* Harcourt Brace Jovanovich, Inc., New York, 1972, pp. 227—245.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF SHORT-TERM HYPNOTHERAPY IN NEUROSES

Summary

The study was performed in 20 neurotic patients — 10 female and 10 male — who were submitted to a psycho-medical treatment : tranquillizing chemiotherapy and especially, a hypnotherapeutical training based on Ego-strengthening technique (adapted from Hartland).

The psychometric investigations showed significant improvement of performances in the field of ideomotor self-control, functions of recent memory and attention ; moreover, the degree of neurotic diseases significantly lowered. Subjective evaluation by introspection after therapy showed a psychological strengthening in all case. The study revealed that hypnotic suggestion by Ego-strengthening technique is a self-defence mechanism.

VALENȚE PSIHOTERAPEUTICE ALE MODULUI DE RECOMANDARE A PRESCRIPȚIEI MEDICALE

Maria Priboi, Alexandrina Mihalache, R.N. Priboi

Spitalul Municipal nr. 1 — Galați

VIZIUNEA HOLISTICĂ, ÎN REPLICĂ FAȚĂ DE CEA FRAGMENTARĂ, tehnicistă, avertizează asupra intricării factorului psihic în orice boală, caracterul unic și irepetabil al fiecărui caz fiind conferit atît prin substratul lezional dezvoltat, cît și prin maniera „sui generis" de exprimare a suferinței, afectarea interesînd concomitent persoana și personalitatea.

Concluzie logic impusă de raționamentul clinic, inseparabil demersului diagnostic, particularizat etiopatogenic, fiziopatologic și evolutiv, individualizat prin specificul amplasării ecologice, tratamentul este personalizat prin referirea la parametrii psihologici ai bolnavului, terapeutul avînd și posibilitatea valorificării propriilor disponibilități empatic stimulative. Oportunitatea și eficacitatea a ceea ce este numit „drogul medic" sînt susținute prin personalitatea, autoritatea și prestigiul curantului, prin atitudinea sa fermă, încrezătoare, persuasivă, prin măiestria folosirii cuvîntului sau a tăcerii (cf. 6).

Dacă recomandările igieno-dietetice sînt susceptibile unei traductibilități în termenii cotidianului concret și, prin asocieri de esență tradiționalist-naturistă, acceptate și incluse relativ ușor schemei terapeutice, cele privind tratamentul medicamentos comportă suficiente precauții în perspectiva depășirii unor obstacole psihologice, a evitării dezagrementelor ce pot compromite un demers terapeutic care, rațional și tehnic, ar părea ireproșabil.

Terapia prin substanță vizează în principal o acțiune asupra suportului tisular, celular, leptonic sau biochimic (cf. 3) dar medicamentul reprezintă și un vector al acțiunii terapeutice nespecifice a medicului prin prezența sa, actul examinării clinice și prescrierea tratamentului (2).

Medicamentul trebuie să corespundă nu numai bolii, ci și bolnavului (7) iar această armonizare o realizează numai terapeutul. Bolnavul nu poate fi abandonat în fața atît de constantului „Rp/" (4), medicul trebuie să aibă în atenție atît durerea, cît și suferința (care, deși include și disconfortul fizic, nu se limitează la acesta (1).

Simpla eliberare a dispoziției scrise privitoare la tratamentul medicamentos, chiar dacă excelează prin consemnarea riguroasă a celor patru elemente constitutive (superscriptio, inscriptio, subscriptio, instructio) nu va asigura deplinătatea efectului scontat în lipsa unui comentariu explicativ (explanatio) clar, concis (în contextul „dialogului terapeutic"), participant empatic, asigurant și adecvat personalității bolnavului ; în mod firesc, în cazul copiilor și al pacienților cu personalitate nedezvoltată sau profund alterată, interlocutor devine apartenentul.

Dialogul clinic cu un număr de 65 pacienți (34 femei și 31 bărbați) dispensarizați cu afecțiuni somatice (artropatii cronice, afecțiuni cardiovasculare, digestive, metabolice) a oferit date care au fost prelucrate sub forma unui chestionar de opinie privitor la : respectarea indicațiilor de administrare, modificări de medicație, forma de prezentare a preparatului. Au atras atenția următoarele observații :

a) diversitatea punctelor de vedere în cadrul acelorași grupe nosologice, de sex sau vîrstă, ceea ce confirmă imposibilitatea încadrării procustiene a bolnavului în perimetrul rigid al unui RP/nepersonalizat ;

b) interesul manifestat față de remedii noi și încrederea investită în preparatele magistrale ;

c) preocuparea exprimată față de eventuale efecte secundare, ceea ce reflectă nivelul crescînd al informației ;

d) sensibilitatea reacției la estetica formelor de prezentare, culoarea, mirosul și gustul preparatelor (cf. 5).

Mare parte a bolnavilor cu comportament de tip „reflexiv" față de medicament (cf. Le Goll și Brun, citați de (7), reprezentînd 67% dintre paciente și 45% dintre pacienți, apreciau în mod deosebit menționarea scrisă, în afara rețetei adresate unității farmaceutice, a unor precizări privind recomandările igieno-dietetice și medicamentoase.

Fără a fi apanajul exclusiv al placeboterapiei, efectul psihologic însoțește orice tratament, dat fiind faptul că medicația nu reprezintă doar introducerea unei substanțe din afară care acționează numai prin ea însăși (6). Deniker (2) opune interogației — Psihoterapie sau chimioterapie ? afirmația : Psihoterapie și chimioterapie. Delay (citat de (4) susține că nici neurolepticele, care influențează indubitabil comportamentul, nu pot înlocui relația interumană — esența psihoterapiei ; neurochimia încearcă să ofere o bază comună de interpretare evidențiind creșterea endorfinelor prin administrarea placeboterapiei, precum și modificarea metabolismului cerebral al noradrenalinei consecutiv psihoterapiei adresate depresiilor nevrotice și reactive (Matusek, 1984).

Ceremonialul terapeutic ar avea valoarea unui stress mobilizator (Selye, citat de (6) ; așadar, terapeutul trebuie să utilizeze simultan criterii și instrumente farmacologice, deontologice și psihologice, situîndu-se pe o poziție solidară cu bolnavul care, uneori, se poate afla singur nu numai în fața bolii, ci și în fața unui medicament, a unui prospect (conținînd informații corecte dar în formulări lapidare, tehnice), bolnav ce riscă astfel să devină victima automedicației iar, prin malinformare, obiect al empirismului.

Comentariul explicativ al recomandării prescripției medicale se dovedește a fi nu numai util, ci și necesar.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Cassel E.J. : New Engl. J. Med., vol. 306, 1982, nr. 11, pp. 639—645.
2. Deniker P. : La Méd. Prat., 1981, nr. 828.
3. Enătescu V. : *Dialogul medic-bolnav.*, Edit. Dacia, Cluj-Napoca, 1981.

4. Ionescu G.: *Introducere în psihologia medicală*, Edit. Ştiinţif., Bucureşti, 1973.
5. Pastia Al., Gafiţeanu Eliza: *Relaţiile interdisciplinare ale psihiatriei*, Spit. „Socola", Iaşi, 1975, pp. 227—228.
6. Păunescu-Podeanu A.: *Probleme vechi şi noi de terapeutică medicală*, Edit. Medicală, Bucureşti, 1973.
7. Percek A.: *Mundus medicamenti*, Edit. Medicală, Bucureşti, 1981.

PSYCHOTHERAPEUTICAL VALENCES OF THE METHOD OF RECOMMENDATION OF MEDICAL PRESCRIPTION

Summary

The analysis of the data regarding the conformation with the indications to give medication in ambulatory, the modifications of therapeutical scheme, the presentation form of the drugs (information obtained from clinical dialogue with a group of patients suffering from chronic somatical affections: arthropathies, cardio-vascular, digestive and metabilc diseases) leads to the conclusion of the necesity to personify the treatment depending on the psychological parameters of the patients as well as to the usefulness of the detailing the explaining comment of the medical prescription.

ASPECTE ALE ABORDĂRII PSIHOTERAPIEI ÎN TULBURĂRILE NEVROTICE LA COPIII DE VÎRSTĂ PUBERTARĂ

M. Cojocaru, Vera Balanovici

L. S. M. — Botoșani
Cabinetul de neuropsihiatrie infantilă

PUBERTATEA, CUNOSCUTĂ CA UNA DINTRE FAZELE DE TRE-cere de la starea de copil, la starea adultă, este dominată de sesizarea modificărilor propriului corp, declanșate de puseurile puternice de natură hormonală, sub acțiunea controlată a sistemului nervos, punînd puberul în fața unei experiențe viscerale intense, pentru care, însă, el nu este întotdeauna suficient pregătit. În acest context de „erupție" somatică apar și preocupările pentru „căutarea de sine", formarea, cristalizarea, definirea și afirmarea propriei personalități. Această metamorfoză generală, în anumite condiții, amenință echilibrul bio-psiho-social al copilului. „Alunecările" posibile spre indiscipilnă, erori de comportament, vicii, tulburări psihopatologice sînt expresia dezechilibrului, a crizei adaptative, ca urmare a raporturilor dizarmonice rezultate din interacțiunea factorilor somatici, psihici și sociali.

Investigînd etiopatogenia tulburărilor nevrotice, pe un eșantion de 79 copii, de vîrstă pubertară, am constatat că mediul familial, cu încărcătura ereditară, psiho-afectivă și moral-educațională, reprezintă, de regulă, factorul psihotraumatic decisiv în apariția situațiilor conflictuale familiale, a randamentului școlar redus, al stărilor de astenie nervoasă, a reacțiilor isterice cu gînduri de suicid, exteriorizate demonstrativ, a sindroamelor anxioase și fobice, a ideilor dismorfobice cu anorexie mintală, a manifestărilor hipohondrice, a sensibilității exagerate, manifestate prin complexe de inferioritate, a tulburărilor de somn, însoțite sau nu de cefalee, amețeli, iritabilitate, tuburări mnezice.

Iată de ce în abordarea psihoterapiei, în cazul tulburărilor nevrotice, am pornit de la investigarea grupului familial, cu particularitățile sale bio-psiho-sociale. Investigațiile ne-au pus în fața unor situații aparent inofensive, dar în realitate cu o încărcătură psihogenă foarte accentuată.

Astfel, 95% din copiii de vîrstă pubertară, diagnosticați cu tulburări nevrotice, provin din familii organizate. Un sumar examen psihologic a pus în evidență, însă, personalitatea puternic neechilibrată a unuia sau a ambilor părinți, concretizată în plan educațional prin lipsă de intuiție și tact, instabilitate emoțională, lipsă de armonie conjugală, autoritate excesivă alternată cu îngăduință și recompense gratuite, care instaurează un climat de tensiune, încordare și neliniște între membrii familiei. Sancțiunile exprimate, în primul rînd, prin pedepse corporale frecvente, în special pentru pregătirea și rezultatele școlare

neconforme cu așteptările părinților sau pentru abateri de la sistemul normativ impus de familie sînt considerate, din păcate, „măsuri de îndreptare". Dacă pînă la vîrsta pubertății toate acestea sînt în general „suportabile", la această a doua naștere a copilului — „nașterea într-o maturitate" — conflictul capătă proporții, transformîndu-se în frustratic și anxietate, copilul căutînd desprinderea de copilărie și ruperea echilibrului anterior, slab și generator de tensiune. Reacția de ajustare homeostazică, în aceste situații, poate fi depășită, înregistrînd un evantai simptomatologic specific cel mai adesea tulburărilor nevrotice.

Așadar, în abordarea psihoterapiei tulburărilor nevrotice am concentrat preocupările, într-o primă etapă, asupra grupului familial, urmărind starea de sănătate generală, ținînd seama și de datele anamnestice ale pacientului, profilul psihologic, locul și rolul fiecărui membru în parte, în cadrul grupului familial ; concepțiile, atitudinile și relațiile interpersonale ; climatul psiho-afectiv al grupului și sursele psihotraumatice. Reprezentarea tabloului bio-psiho-social al grupului familial ne-a oferit o perspectivă analitică privind factorii în general stabili și factorii accidentali, care afectează sensibilitatea fiecărui membru în parte. Aceasta ne-a permis, totodată, în a doua etapă, o desprindere de scheme psihoterapeutice apriorice, orientîndu-ne intervențiile în organizarea și dirijarea unor scurte psihoterapii de grup familial (circa 40—60 minute), uneori deosebit de atractive (grupul percepea aceste ședințe de grup ca fiind „vizite anunțate", fapt întărit deseori și de invitația frecvent formulată : „vă rugăm să ne mai vizitați").

Primele ședințe de grup familial aveau drept scop *descrierea și conștientizarea profilului psihologic al fiecărui membru (trăsături temperamentale, caracteriale)*, care antrenau discuțiile, realizîndu-se o atmosferă de destindere și bună dispoziție. Participarea la „cunoașterea de sine" era dirijată de psiholog în așa fel încît calitățile pozitive ale personalității membrilor, subliniate în mod deosebit, să fie conștientizate și întărite de întregul grup, mai ales acolo unde se observa o slăbire a încrederii, coeziunii și a armoniei conjugale. Redeschideam sau țineam deschise în acest fel „porțile" cooperării afective. Desigur, și aspectele negative ale personalității intrau în discuție, dar de pe poziția explicării conduitei, vizînd mecanismele motivaționale de apărare a eului, aspirațiile, interesele, trebuințele, marcînd însă profund consecințele în plan bio-psiho-social, pentru propria persoană și pentru cei din grupul familial. Următoarele ședințe aveau ca scop *reorientarea conduitelor* psihotraumatizante, eliminînd tonul moralizator, în cadrul discuțiilor, membrii grupului descopereau „morala" singuri, fapt determinant în încercarea de a schimba concepții, atitudini și conduite nesănătoase.

Numărul acestor ședințe era în funcție în primul rînd de problemele grupului și apoi de numărul membrilor (de regulă, însă, între 3—7 ședințe). Tot în această etapă se urmăreau, în unele cazuri, raporturile familie-școală, în vederea redresării și optimizării lor.

În a treia etapă am instituit psihoterapia individuală cu copiii cu tulburări nevrotice (uneori chiar și cu unul din părinți). Primele ședințe erau destinate întăririi eului prin psihoterapia non-directivă a lui Carl R. Rogers. În cazul unor stări nevrotice și tulburări psihomotorii (ticuri și bîlbîieli) am folosit tehnica relaxării psihosomatice Schultz, combinată, în unele situații, cu hipnoza fracționată (avînd în vedere sugestibilitatea

ridcată la vîrsta pubertară și necesitatea de a elimina caracterul imperativ și brutal al intervenției psihoterapeutului, metoda este deosebit de recomandată, corespunzînd nevoii de respectare și afirmare a personalității, de autoeducare și întărire a eului).

În ultima etapă psihoterapeutică, care leagă de fapt psihoterapia de psihoprofilaxie, s-a urmărit armonizarea relațiilor familiale și integrarea pacienților în grupul familial „aerisit" de situațiile psihotraumatice. Nu întotdeauna a fost posibilă însă armonizarea relațiilor familiale, fapt care a impus completarea ședințelor individuale cu tehnici de decondiționare și învățare (psihoterapie comportamentală), în vederea reorientării conduitei, ignorînd situațiile conflictuale și dinamica intrapsihică, prin metoda inhibiției reciproce (stări anxioase, obsesive), inhibiției condiționate (ticuri) sau aversiunii condiționate (enurezis).

Rezultatele eficiente s-au obținut în stări de angoasă, obsesivo-fobice, enurezis și ticuri, în condițiile intrării în programul de psihoterapie concomitent sau imediat după terapia medicamentoasă (neurotonice și tranchilizante).

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Berge A.: *Defectele părinților*, E.D.P., București, 1967.
2. Brânzei P., Scripcaru Gh., Pirozynski T.: *Comportamentul aberant în relațiile cu mediul*, Edit. Junimea, 1970.
3. Brânzei P.: *Itinerar psihiatric*, Edit. Junimea, Iași, 1975.
4. Ionescu G.: *Introducere în psihologia medicală*, Edit. Științifică, 1973.
5. Pavelcu V.: *Din viața sentimentelor*, Edit. Encicl. Română, București, 1969.
6. Schultz Y.H.: *Das Autogene Training*, G. Thieme, Stuttgart, 1939.

ASPECTS OF PSYCHOTHERAPY IN NEVROTIC DISORDERS IN PUBESCENT CHILDREN

Summary

In the strategy of the psychotherapy of the nevrotic disorders, the authors adjusted their studies first on the family group and then on the pacient, establishing four stages: bio-psycho-social investigation of the family group; sitting of family group (laying the stress on the description and the consciousness of the psychological type of any member and of the affect mechanism of behaviour; personal psychotherapy (non-directing psychotherapy, „Schultz" technics, fractional hypnosis); the pursuit of harmonisation family relations and the integration of the pacients in the „airing" family group by psychotraumatized situations.

POTENȚIALUL SANOGENETIC AL CREATIVITĂȚII ÎN CRIZA EXISTENȚIALĂ — STUDIU DE CAZ

Elena Doina Brad

Spitalul Județean — Oradea

RECUNOSCÎND, ATÎT O FUNCȚIE REFLECTORIE CÎT ȘI UNA CREatoare a conștiinței (3) gnoseologia marxistă contribuie la înțelegerea sistemică a creativității și la acreditarea ei ca o latură necesară a sistemului psihic uman. În autodeterminarea creativă se deschide accesul spre studiul integrativ al personalităților — întotdeauna creative prin unicitatea lor. Admițînd că, creativitatea se bazează pe un inepuizabil comportament de căutare (3, 4) de ce n-am admite că aceasta oferă și cadrul propice de regăsire, de reconstituire a personalității în criza existențială ? Căci, actualizarea eului printr-o experiență internă și acută a acestuia, este o întîlnire a subiectului cu lumea sa, „o interacțiune constructiv transformativă între subiect și lume“ (3).

La o răscruce existențială unii se prăbușesc în abisurile dezechilibrului psihic — indiferent pe ce treaptă s-ar opri în căderea lor ; alții reușesc miracolului saltului calitativ spre culmi pe care, poate o existență plată, fără traume, nu i-ar fi lansat niciodată. În a doua ipoteză se încadrează cazul pe care dorim să-l prezentăm :

— tînărul C.M., în vîrstă de 30 de ani, primul născut într-o familie de agricultori, duce pînă la 15 ani o existență obișnuită. Copil liniștit, interiorizat, emotiv, chiar anxios în situații critice, se remarcă de la 10 ani printr-o atracție deosebită pentru studiul literaturii : cîteva prime încercări de versificație sînt publicate în revistele de tineret. Adoptînd concepția de viață a părinților, își conturează un ideal de viață modest : o profesiune — dascăl sau profesor, familie — confortul la care aspiră tinerii cu posibilitățile sale. La 15 ani contractează o conjunctivită infecțioasă care evoluează defavorabil căci e nevoit să întrerupă tratamentul indicat din cauza unei hepatite epidemice survenite între timp.

Cecitatea totală se instalează lent, în decursul unui an, perioadă în care C. M. continuînd să frecventeze școala, oscilează între speranța tămăduirii și conștientizarea crudului deznodămînt al afecțiunii oculare pe care-l constată tot mai aproape zi cu zi. „Momentul adevărului“ declanșează o stare de disperare profundă în care gîndul suicidului îi apare singurul cu valență eliberatoare. „Etichetat „psihastenic constituțional cu reacție depresivă“ este redresat temporar

pentru a deprinde o meserie accesibilă acestei categorii de handicapați. Al doilea moment de criză îl surprinde în timpul practicii de atelier : e prea „vîrstnic" față de colegi ca să nu realizeze ce a pierdut, e prea neîndemînatic în situația de nevăzător survenit ca să-și poată egala de la început colegii. Structură temperamentală sensibilă, predispus la autoanaliză, nu vede rostul vieții în această situație și face a doua depresie. Nu beneficiază de ajutorul unui psihoterapeut ; mîinile întinse ale colegilor nu sînt destul de sigure. Un cadru didactic atent, experimentat în nobila misiune de redresare a existențelor trunchiate — cum oferă elevii acestei școli — intervine energic căutînd potențialul intrinsec de redresare a unei structuri personologice atît de fragile. Un popas în modestele laboratoare de creație ale școlii — muzică, poezie, modelaj — accesibile nevăzătorilor face să renască mugurii speranței : va încerca să scrie poezie. Inițial, contractura penibilă ideo-afectivă și preocuparea neliniștită față de propriul destin este exprimată în lamentări versificate cu stîngăcie ; colegii retrăiesc în aceste versuri propria lor criză și C.M. devine „bardul" recunoscut al grupului. Puntea spre lume este aruncată peste hăul negru al abisului existențial în care l-a aruncat boala. Va vedea cu ochii minții, *va crea el însuși imagini,* va scrie pentru ai săi, despre ai săi. Treptele regăsirii îl conduc spre altă identitate : aceea a muncitorului poet afirmat plenar în marile emulații culturale ale ultimului deceniu care a dat aripi atîtor talente ascunse.

Am căutat mecansimul psihologic al redresării : nota biografică arată cu certitudine imboldul intrinsec al regăsirii, colectivul intervenind *după ce* C.M. a aflat singur calea care îl integra între tovarășii de suferință ; premizele structurale îi erau total defavorabile, în criza existențială asemenea indivizi se prăbușesc, nu urcă. În cazul tînărului C.M. potențialul creator reconstruiește o nouă personalitate, concretizînd ceea ce definea Piaget (3) „o acomodare cu depășire" sau „un stil de viață, o supracompensare" (1, 3) cum spunea Adler referindu-se la handicapați în general.

Cuprind însă aceste formulări în totalitate potențialul sanogenetic al creativității ? Era necesar într-adevăr ca factor intrinsec să existe o insatisfacție și năzuințe optimizante care să impună depășirea situației și autodepășirea, dar, *mai era absolut nevoie* să existe și un cadru propice de afirmare așa cum, numai un climat socio-cultural în care umanismul socialist, ca piatră unghiulară, asigură afirmarea plenară a personalității umane chiar și în condițiile handicapului survenit la vîrsta critică a adolescenței.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Athanasiu A. : *Elemente de psihologie medicală,* Edit. Medicală, București, 1983.
2. Brânzei P. : *Itinerar psihiatric,* Edit. Junimea, Iași, 1979.
3. Popescu-Neveanu Paul : *Dicționar de psihologie,* Edit, Albatros, București, 1978.
4. *Probleme fundamentale ale psihologiei,* vol. I, Edit. Acad. R.S.R., București, 1980.

SANO-GENETIC POTENTIAL OF CREATION IN EXISTENTIAL CRISES — STUDY OF A CASE

Summary

The communication presents a case — which we consider special for the endorsed psycho-social implication, in which the subject stood in an „existential crise" — of a special criticism the blindness occuring the age of 16 — succeeds in overtaking not only the limits imposed by the defficiency but to reorganize a personality cast anchor and the social and cultural needs and turning activey to good account the creative potential discovered in this existential crises.

The communication points out the parallel between premorbid personality — structured psycho-astheno-obsessive neurosis with repeated attemps of suicide faced to „the moment of truth" and the steps of finding again the own value and social usefulness.

RELAȚIA TRANSFERENȚIALĂ ÎN PSIHOTERAPIA ADOLESCENTULUI

Emilia Cambose, A. Cambosie

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași
Spitalul Militar Central — București

PROFUNDELE TRANSFORMĂRI BIOLOGICE ȘI PULSIONALE CAracteristice puberității, marchează la adolescent o serie de fenomene cu vaste implicații psihosociale, unele în limitele normalului, altele de aspect patologic, pretabile asistenței psihoterapeutice. Ținîndu-se totuși seama de caractreisticile vîrstei, procesul psihoterapeutic întîmpină o serie de obstacole, generate de mecanismele de apărare ale eului recent structurate, prezentînd o homeostazie precară (1, 5, 6).

Experiența clinică, cu pacienți cuprinși în categoria de vîrstă de 16—20 ani, demonstrează o dihotomie motivațională ce-și pune amprenta asupra dinamicii psihice proprie acestei perioade. Eul, prin intermediul mecanismelor de apărare, funcționează ca un mediator al pulsiunilor antagoniste în cadrul dinamicii plăcere-realitate, constituindu-se ca vector definitoriu al homeostaziei.

Dar, în specal la acest nivel, conservatorismul homeostazic intră în contradicție cu tendința fundamentală de evoluție, dezvoltarea implicînd în sine o dezechilibrare tranzitorie, în vederea unei reechilibrări ulterioare.

Conflictualitatea pulsională și dorința de definire, manifestată pe parcursul vieții psihice a individului, devin la acest nivel tendințe fundamentale, specifice acestei perioade cu caracter tranzitoriu. De aceea, analiza dinamicii acestei vîrste se constituie ca o condiție fundamentală în abordarea psihoterapeutică a adolescentului. Fenomenele specifice vîrstei adolescenței nu reprezintă însă un factor psihopatologic în sine, dar prin pregnanța și frecvența lor, trebuiesc luate în seamă în procesul psihoterapeutic.

Solicitarea asistenței psihologice de către această categorie de subiecți este condiționată de trei tipuri de situații :

A. Din partea rețelei medicale, ca urmare a depistării unei simptomatologii cu caracter atipic sau cu o componentă psihogenă pronunțată ;

B. Demersuri din partea familiei pentru dificultăți de adaptare la mediul familial, scăderea randamentului școlar etc. ;

C. Din proprie inițiativă, ca urmare a unor fenomene de tip „criză existențială", acut resimțită de către subiecți.

În faza inițială, referindu-ne aici la etapa anamnestico-diagnostică, are loc o cooperare și comunicare facilă, realizată în principal de nevoia bazală de catarsis, de dorința subiectului de a se face înțeles, de a relaționa afectiv.

Ulterior, intervine un fel de „competiție a inteligențelor" în care, de cele mai multe ori, se recurge la „șantaj afectiv" din partea subiectului, în scopul de a monopoliza atenția terapeutului. Faza este foarte propice pentru instalarea „nevrozei de transfer", cu toate implicațiile ce pot decurge din această achiziție.

Ca mecanisme de apărare ale eului, cel mai des sînt declanșate :

1. *Agresivitatea,* ca modalitate de apărare generică în calea agresiunii resimțite subiectiv prin abordarea abisal psihoterapeutică ;

2. *Proiecția,* ca modalitate de descărcare a pulsiunilor contrare și de înglobare valențială a idealului arhetipal oferit de instalarea transferului ;

3. *Identificarea,* ca modalitate de definire a unui scop homeostazic. Desigur, introducerea aici a unor considerații de tip statistico-matematic, reprezintă o îngrădire artificială a realității clinice, întrucît marea varietate și stricta individualizare subiectivă oferă practic o infinitate de „ecuații individuale".

Analiza mecanismelor de apărare reprezintă însă o etapă indispensabilă în abordarea personalității.

Ca variantă metodologică se poate utiliza și o cale mediată, investigația proiectivă oferind în acest caz o soluție. Folosirea tehnicilor proiective (Rorschach, Szondi, Rosenzweig și T.A.T.) poate constitui la acest nivel un dublu avantaj :

1. Comutarea agresivității subiectului pe o activitate neutră din punct de vedere al relației transferențiale ;

2. Introducerea în evaluare a unor elemente cu un grad sporit de obiectivitate, elemente ce pot fi folosite și în evaluarea transformărilor induse de traiectul psihoterapeutic. Tehnica supusă discuției, oferă avantaje în special în cazul terapeuților începători, sau în cazurile oferite de psihoterapii „furtunoase", caracterizate printr-un dinamism accentuat. Neajunsul principal al tehnicii constă în posibilitatea ipotetică de alterare a relației transferențiale și potențarea unor fenomene de transfer negativ.

Ca factor de dinamizare a terapiei, cel mai important lucru este „sensibilitarea la schimbare". În momentul în care transferul devine suportul de desfășurare al psihoterapiei, se poate depăși faza de inițializare și pătrundere efectiv în structurile abisale ale personalității psihice. Desfășurarea ulterioară a psihoterapiei, devine un proces cursiv (cel puțin în limitele impuse de principiile psihoterapiilor de orientare psihanalitică). Efectiv, dacă relația transferențială nu este bine condusă, pacientul renunță la psihoterapie dacă la „șantajul său afectiv" se răspunde cu raționalizări și explicități precoce.

Pe parcursul psihoterapiei, terapeutul oferă pacientului nu o nouă imagine paternal-arhetipală, (nu un nou model ideal de devenire) ci o oglindă obiectivă, o unitate cvasistemică de reglaj prin cunoaștere — explicitare—conștientizare, ce canduce la o reală restructurare. Simplele ameliorări simptomatice, ce nu vizează bazalitatea psihostructurală, nu

sînt altceva decît niște amînări ale unei scadențe ce oricum urmează a fi realizate. Tehnica folosită trebuie ca atare să fie maleabilă, dar nu fluctuantă, orice abatere de la regulă putînd fi interpretată ca admitere a „șantajului afectiv", ca o încercare de eternizare a relației în scopul menținerii transferului (2, 3, 4).

Abordarea psihică a pacienților cuprinși în această categorie de vîrstă, poate și de multe ori trebuie inițiată printr-o psihoterapie organizată; echipa psihiatru-psiholog-asistență medicală acoperind astfel, evantaiul valențial al problematicii supuse discuției.

Eficiența psihoterapiei, acestei categorii de vîrstă, constă și în faptul că, neajunsă într-o fază de suficientă structuralizare, abordarea structurii la acest nivel poate constitui în sine o premiză a desfășurării pozitive a psihoterapiei.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Athanasiu A.: *Elemente de psihologie medicală*, Edit. Medicală, București, 1983.
2. Alexander F.: *Principes de psychanalyse*, Edit. Payot, Paris, 1978.
3. Balint M., Balint E.: *Techniques psychotérapeutiques en médicine*, Payot, Paris, 1970.
4. Berge A.: *Les psychothérapies*, P.U.F., Paris, 1968.
5. Rousselet J.: *Adolescentul, acest necunoscut*, Edit. Politică, București, 1969.
6. Zisulescu St.: *Adolescența*, E.D.P., București, 1968.

TRANSFERENTIAL RELATIONSHIP IN PSYCHOTHERAPY OF ADOLESCENCE

Summary

The profound biological and pulsional changes characteristic for puberty marks in adolescence a series of phenomena with large psychotherapeutic implications. The therapeutic process meets here a series of hinders of specific nature, obstacles which the defending mechanisms of the *I* raise against the way of aggressiveness felt by the attempt of modifying of the existent structure.

The authors aim to analyse the peculiarities of the psychotherapy in these psycho-structural conditions underlining the importance held by the transferential relation through its setting and maneouvre within the curing action.

CONSIDERAȚII PRIVIND TRATAMENTUL BOLNAVILOR PSIHICI ÎN „SISTEMUL UȘILOR DESCHISE“

N. Păruș, Georgeta Rotaru, Carola Offenberg, M. Stanciu

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola“ — Iași

TRECÎND ÎN REVISTĂ ISTORICUL PSIHIATRIEI, DIVERSELE ETAPE și concepții în evoluția lor privind bolile psihice și îndeosebi a modului de asistență al bolnavilor psihici se constată că printre primii care reușesc să introducă o atitudine umanitaristă în spitalele de psihiatrie, este psihiatrul francez Ph. Pinel care în 1792 în Bicêtre și Salpêtrière a pus bazele unei relații umane față de bolnavi, în interiorul spitalului de psihiatrie, protestînd împotriva tratamentului odios al acestor bolnavi.

Eliberarea din lanțuri a celor 80 de pacienți pe care-i îngrijea marchează începutul epocii moderne a asistenței psihiatrice. Este deasemeni bine cunoscut faptul că izolarea de societate a bolnavilor neliniștiți și menținerea lor în unități închise s-a utilizat din cele mai vechi timpuri, în interiorul spitalului aplcîndu-se diverse forme de îngrădire a libertății personale, de cele mai multe ori brutale, acestea constituind condițiile de bază pentru tratamentul lor, sistem care mai dăinuie și astăzi în unele părți ale lumii.

Cu timpul și în mod treptat optica față de bolnavii psihici a început să se modifice, s-au făcut progrese privind studiul mediilor psihice cît și a tratamentului acestor bolnavi. Multe din concepțiile învechite au fost schimbate cu altele noi. În multe țări, în multe spitale din lume au fost scoase lacătele de la ușile saloanelor psihiatrice. A început să apară încă din secolul trecut practica tratamentului bolnavilor psihici în instituții spitalicești „în sistemul ușilor deschise“, ea însă nu a devenit generală. Numai după al doilea război mondial sistemul unei spitalizări libere a bolnavilor tratați a început să se răspîndească din ce în ce mai mult, favorizată de era psihofarmacologică în terapeutica psihiatrică, datorită aplicării tratamentului cu medicație psihotropă.

Și în Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola“ Iași de mai multe decenii se aplică „sistemul ușilor deschise“ în asistența bolnavilor psihici. În serviciile admise pentru toate categoriile de bolnavi psihici există un salon de terapie intensivă unde sînt internați bolnavi în stare psihotică acută care necesită un tratament activ psihiatric cît și o supraveghere atentă și permanentă din partea personalului, în rest toate celelalte saloane funcționează „în sistemul ușilor deschise“.

După trecerea episodului de agitație, în urma tratamentului aplicat, bolnavul este transferat în salon „cu ușile deschise“ unde se continuă

tratamentul, bolnavul avînd posibilitatea de a circula atît în cadrul serviciului cît și a face plimbări prin aleile spitalului.

Pe lîngă metodele de tratament specifice, farmacologice, succese deosebite au fost obținute prin crearea de condiții umane în mediul de îngrijire a bolnavilor. Secțiile, saloanele „cu ușile deschise", se bucură de popularitate din partea bolnavilor care se internează cu ușurință și cu plăcere în aceste sectoare pentru tratament.

Încrederea populației în asistența psihiatrică a crescut, bolnavii fiind spitalizați tot mai frecvent în stadiul incipent al bolii, cînd încă în tabloul psihopatologic nu au apărut manifestări de agitație.

În condițiile saloanelor „cu ușile deschise", bolnavii devin mai îngrijiți, mai curați, comportamentul devine mai ordonat.

Un rol important în procesul terapeutic îl prezintă și relațiile personalului din spital față de bolnavi.

Trebuie subliniat că „sistemul ușilor deschise" nu micșorează ci din contra mărește responsabilitatea personalului pentru starea bolnavilor, mărește sfera preocupării în această privință, munca lor trebuie să fie conștiincioasă, devotată, cu mult tact, cu deosebită răbdare. Delicatețea, nestingherеala, atitudinea apropiată crează mediul terapeutic cu acțiune favorabilă asupra bolnavului. Ca factori adjuvanți în complexul terapeutic îl constituie ședințele de psihoterapie, de socioterapie efectuate cu bolnavii în mod periodic.

Participarea la diferite manifestări recreative, distractive în cadrul spitalului ca : audiții muzicale, dansuri, vizionări de filme, șah, educație fizică, organizare de excursii etc. cît și antrenarea în procesul ergoterapeutic dezvoltă inițiativa, apre interesul la viață, se micșorează senzația propriei incapacități, apare dorința de a fi în relație cu cei din jur, duce la independență.

Farmacoterapia activă, psihoterapia, socioterapia, ergoterapia, aplicate în „sistemul ușilor deschise" constiutie un complex terapeutic care contribuie la îmbunătățirea stării psihice a bolnavilor, le creează posibilitatea de adaptare la condițiile de viață și duce la restabilirea pierderii temporare a legăturilor cu societatea.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Barinskaia S.F., Sokolova B.V. : Jurnal nevropat. i. psihiatrii. i. S.S. Korsakova. Moskva, 1969, t. 69, nr. 3, pp. 440—443.
2. Dube K.S. : Jurnal nevropat. i. psihiatrii. i. S.S. Korsakova. Moskva, 1963, t. 63, nr. 2, pp. 316—319.
3. Metov P.G. : Jurnal nevropat. i. psihiatrii. i. S.S. Korsakova. Moskva, 1962, t. 62, nr. 5, pp. 794—795.
4. Pak I.F., Simionovskii V.N. : Jurnal nevropat. i. psihiatrii. i. S.S. Korsakova, Moskva, 1965, t. 65, nr. 3, p. 476.
5. Prokupek Jezef : Jurnal nevropat. i. psihiatrii. i. S.S. Korsakova, Moskva, 1963, t. 63, nr. 8, pp. 1238—1244.

CONSIDERATIONS REGARDING THE TREATMENT OF PSYCHIC PATIENTS WITHIN THE „SYSTEM OF LOCKED DOORS"

Summary

The authors give appreciations regarding the importance and the advantage of the care of psychic patients in hospitals where the therapeutic complex is applied „within the system of locked doors", as well as out of their own experience.

The ever larger experience of the treatment „within the system of locked doors" has been favoured especially by the era of psychopharmacology due to the application during the last decades of the treatment with psychothropic drugs.

The active pharmacotherapy is associated with psychotherapy, sociotherapy and ergotherapy applied in the „sistem of locked doors" is a complex therapy which aims to contribute to the re-establishment of the loss of the connections with society of the pacients treated creating the adapting possibilities to life and rehabilitation conditions.

POLISEMANTISMUL CONFLICTULUI ÎN PSIHOTERAPIA INDUCTIV-ACTIVATOARE

N. Cosmovici

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

TERMENUL DE „CONFLICT", UTILIZAT DIN CE ÎN CE MAI FRECvent în psihologie și psihopatologie, este întîlnit în mod expres în limba latină : „Confligo, -ere, -flixi, -flictum", care în traducere românească înseamnă a lovi, a se ciocni, a se lupta. În limba franceză, termenul este folosit sub denumirea de „heurter" care se traduce curent prin „a ciocni", fără să însoțim termenii figuranți, deși considerăm că este o suplinire, dacă respectăm traducerea în limba latină a termenului „conflict".

De fapt, acesta este termenul care exprimă conflicul în mod curent ținînd în același timp și de termenii „confluențați" (confluence — f ; confluent — m ; — confluență), spre deosebire de „contraire", adjectiv care semnifică : „opus", potrivnic și dăunător sau contrarial, precum și „dimpotrivă" sau împotrivire. În limba engleză, termenul de „conflict", înseamnă : conflict, luptă, sau a fi în conflict sau opoziție, a se bate cap în cap, a diferi ; dar aceasta, fără a se face mare deosebire cu „confrount" care înseamnă : a confrunta, *a se opune*, a pune față în față,, a înfrunta. Considerăm că în limba rusă, termenul de „kohyzumb", corespunde în limba română termenului de conflict, care în traducere înseamnă : *a pune într-o situație penibilă*. Nuanțările termenului de conflict sînt mai multe (de exemplu în engleză : struggle, strive), în diferite limbi, dar accepțiunea curentă este aceea de „conflict", care se apropie, și, de cele mai multe ori, se identifică cu termenul românesc de conflict.

Am ținut să menționăm termenul de conflict, în limba franceză, engleză și rusă, deoarece, studiile cele mai multe asupra conflictului sînt cunoscute în aceste limbi.

Revenind la examinarea inițială a termenului „conflict" din limba latină, noi putem deosebi 2 nuanțe, care pot fi exprimate prin : „confflictatio, onis (fem.) ; în primul rînd poate semnifica o acțiune de *ciocnire* contrară, de șoc, de zdruncinare. Dar, nu mai puțin de neglijat, este și a 2-a semnificație, care poate însemna : dispută, polemică, acțiune de luptă contrară, ceartă sau discuție. Deci, în primul sens, termenul se poate referi la obiectele și corpurile fizice ale naturii, ale universului în general, iar în al 2-lea sens, termenul se poate referi la ființa umană, în înțelesul care ne interesează pe noi, semnificînd conflictul în relațiile dintre oameni sau cu sine însuși.

Există referiri la mitologia, istoria filozofiei și culturii (Heraclit Empedocle, Socrate, Platon, Aristotel, Pitagora, tragicii greci, Kant, Hegel etc), dar consemnînd studiile de specialitate ale unor cercetători în problematica conflictului, cum sînt : J. K. Lewin, R. S. Lazurus, V. Pavelcu, Anna Freud, B. Zazzo, M. Debusse, S. Freud, A.M. Speulé-Rochebloye ; (6, 4, 3, 7, 2, 9, 1, 8) avansăm cîteva (considerații) observații ale acestei problematici.

În abordarea psihogenetică a conflictului, considerăm că trebuie să se pornească de la înțelegerea personalității, în totalitatea ființei umane avînd numaidecît în vedere că : „existența nu este o abstracție inerentă individului izolat". „În realitate este ansamblul realităților sociale" (5, 6,). Aceasta implică raportarea psihologică privind legătura dintre forma și conținutul personalității, în care fenomenele psihice fundamentale sînt : *temperamentul* (ca mod de manifestare a naturii conținutului biologic al individului și persoanei), *caracterul* (ca formă de manifestare a personalității, a activității conștiente și voluntare în relațiile cu mediul social-istoric), *afectivitatea* care „se integrează în temperament și caracter prin modalitatea manifestărilor ei iar prin conținut ea face parte din individualitate, în dezvoltarea acesteia spre stadiile superioare ale personalității" (7, p. 34).

Este dificil de a preciza o tipologie a conflictelor în intercondiționarea tuturor factorilor medico-psiho-sociali, culturali și axiologici. Dar, din punctul nostru de vedere, încercăm prezentarea unui „tablou tipologic al conflictelor", bazîndu-ne pe justificarea a 3 criterii :

1. *Criteriul psihogenetic* (formarea, organizarea și dezvoltarea personalității potrivit stadialităților de evoluție) ;
2. *Criteriul somato-genetic* (avem în vedere raportul dintre sănătate și boală, dintre normal și anormal) ;
3. *Criteriul situațional* (avem în vedere sursele și menținerea reacțiilor conflictuale ale mediului de existență și activitate, pornindu-se de la cauză la efect).

Din punct de vedere al criteriului psihogenetic, distingem 2 tipuri de conflicte :

— conflict intrapsihic (subiectiv, intern, intrapersonal) ;
— conflict interpsihic (obiectiv, extern, interpersonal) ;

Din punct de vedere al criteriului somato-gentic, deosebim 3 tipuri de conflicte :

— conflict normal ;
— conflict intermediar ;
— conflict patologic ;

Din punct de vedere constituțional, descoperim 4 tipuri de conflicte :

— conflict familial ;
— conflict școlar ;
— conflict profesional ;
— conflict social.

Al 2-lea criteriu, somatogenetic, cu cele 3 tipuri de conflicte : normal, intermediar și patologic este esențial în delimitarea „tabloului tipo-

logiei conflictelor" deoarece implică celelalte 2 criterii (psihogenetic și situațional) și subsumează formele de conflict potrivite lor. Conform acestui criteriu, în cadrul nozologiei psihiatrice, ca act terapeutic instituționalizat și recomandat clinic, se poate interveni direct și complementar pentru „desensibilizarea conflictuală", prin metode și tehnici psihoterapeute relaxante sau curative, prin inducție sau deducție : cura psihanalitică, relaxarea progresivă, relaxarea sublimată antrenamentului autogen, psihoterapia nondirectivă, decondiționare comportamentală, psihoterapie familială individuală sau de grup. În majoritatea formelor „nevrotiforme", antrenamentul autogen poate desensibiliza stările și situațiile conflictual-anxiogene, constituind o complementare eficace în cadrul politerapiei.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Debeusse M. : Psihologia copilului de la naștere la adolescență, E.D.P., București, 1970.
2. Freud Anna : *Le moi et les mecanismes de defense*, P.U.F., Paris, 1967.
3. Lazarus R.S. : *Personality and Adjustment*, Prentice-Held, 1963.
4. Lewin J. K. : *Psychologie dinamique*, P.U.F., Paris, 1959.
5. Marx K., Engels F. : *Opere*, vol. III, Edit. Politică, București, 1962.
6. Nuttin J. : *La structure de la personalité*, P.U.F., Paris, 1965.
7. Pavelcu V. : *Invitație la cunoașterea de sine*, Edit. Științifică, București, 1970.
8. Speulé-Rochebloye M. A. : *Psychologie du conflict*, Edit. Universitaires, Paris, 1970.
9. Zazzo B. : *Psychologie differentielle de l'adolescence*, P.U.F., Paris, 1966.

THE POLYSEMANTISM OF THE CONFLICT IN THE INDUCTIVE-ACTIVATING PSYCHOTHERAPY

Summary

In dealing with the problem of conflict, the author makes an assesment of the ethymology of the term „conflict" — at the same time in current languages — ranging two acceptions : the former refers to the physical objects of Nature (Univers), the latter refers to human being.

Justifying the psychogenetic aproach of conflict, the author established a sort of „Typological Frame-up", in accordance with three criteria : 1. psychogenetic ; 2. somato-genetic, and 3. situational, in every of them emerging certain forms of conflict.

According to the somato-genetic criteria, consisting in : normal, mean (intermediary) and pathological forms of conflict, it is required an adequate psychoterapic intervention, clinically rated.

SEMNIFICAȚIA PROBEI DE CUVINTE IZOLATE-ALEATORII ÎN RECUPERAREA DIFICULTĂȚILOR ȘCOLARULUI PREADOLESCENT

Maria Cosmovici, Mariana Ciobanu, N. Cosmovici

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

PENTRU A AJUNGE LA FORMAREA DEPRINDERILOR DE EXPRIMARE într-o limbă literară adecvată, este necesar ca elevii să folosească limbajul corect, să cunoască și să aplice regulile gramaticale învățate și mai ales, normele ortografice.

În clasele V—VIII, în general, elevii reușesc să atingă acest obiectiv. Sînt însă, numeroși elevi care comit greșeli de ortografie sau de pronunțare.

Pentru a surprinde unele aspecte ale insuficienței capacității de înțelegere în raporturile de exprimare orală și scrisă, am conceput un montaj experimental, pe care l-am investigat pe un număr de 5 clase, a VI-a (eșantion = 169 subiecți).

Am considerat ca prima parte a montajului să fie alcătuită din următorul test docimologic :

— Timp de 15′ contracronometru, elevii să scrie cîte cuvinte pot, fără nici o ordine, criteriu sau altă explicație, decît : *așa cum le vin lor în minte ;*

— la fiecare 5′, la comanda examinatorului, elevii făceau un semn distinctiv (trăgeau o linie), după care continuau să scrie.

În interpretareaa acestei probe, se ține seama de următoarele valori cantitative și calitative, după 2 criterii :

1) Cuvinte scrise în 15 minute.

2) Structura lor gramaticală, bineînțeles delimitîndu-se corectitudinea de eroare (cuvinte corecte și incorecte, eronate).

Nu este lipsit de importanță dacă arătăm că la nivel de eșantion, realizarea vitezei grafice depinde de informația lingvistică stocată anterior. În acest fel, timpul de scriere al cuvintelor, ideal sau absolut, determinat după rezultatele noastre, corespunde cu aproximativ 4 secunde pe unitatea informațională (cuvînt), după formula :

$$\frac{\text{timp de scriere}}{\text{nr. de subiecți}} = \frac{15' \text{ — transformat în } 900''}{169 \text{ subiecți}} = 5''32''' \text{ (rotunjit, 5—6'')}$$

Prin această probă, am urmărit :

— viteza de scriere a mîinii ;

— ce cuvinte cunosc copiii ;

— din ce ramuri sînt aceste cuvinte și la ce se referă ;
— ce părți de vorbire folosesc elevii mai mult ;
— familii de cuvinte, asociații creative, stimulative ;
— cunoașterea noțiunilor, scrierea lor corectă, fără omisiuni și fără greșeli ;
— reactivizarea vocabularului ;
— caracterul asociațiilor și structura lor, concordanța și discordanța lor ;
— legătura afectivă dintre profesor și elev ;
— spiritul de întrecere, de entuziasm, de interes, de preocupări.

După test, elevii au solicitat alte asemenea modele de probe. Prin abilitatea profesorului, acestea pot fi transformate în teste docimologice pentru învățarea pe capitole a lecțiilor. Ele ar putea fi un transfer cognitiv-afectiv de la lucrarea de control sau teza clasică la activizarea motivațional-afectiv liberă a elevilor, stimulîndu-se și antrenîndu-se capacitatea de învățare prin redimensionarea interesului de a învăța.

Din analiza cuvintelor izolate scrise de elevi, timp de 15′, constatăm 2 categorii :

1. Din punct de vedere al structurii semantice, al conținutului, al referinței cuvintelor ;

2. Din punct de vedere al formei de exprimare, încercînd să o sintetizăm, din însăși adresabilitatea ei.

Din punct de vedere al conținutului, cuvintele se referă la un număr de 10 categorii, după cum urmează :

1. rechizite școlare ;
2. obiecte din mediul înconjurător școlar (tablă, bancă) ;
3. obiecte din mediul extrașcolar ;
4. referiri la patrie ;
5. referiri la desfășurarea lecțiilor ;
6. referiri la stradă ;
7. referiri la familie și grup de prieteni ;
8. referiri la motivații individuale (sete, foame) ;
9. referiri la profesie ;
10. referiri la cadre didactice.

În ceea ce privește a 2-a categorie, forma de exprimare, am delimitat următoarea clasificare, sistematizare a cuvintelor, care ne facilitează o interpretare a lor, după cum urmează :

1. *Asociații de cuvinte prin contiguitate :* (de exemplu : cerc-dreptunghi-paralelogram-triunghi-mulțimi-numere ; sabie-teacă-pușcă-pistol-arc-săgeată, fular-pantalon-căciulă-mănuși-ciorapi ; 176 itemi-646 cuvinte).

2. *Cuvinte cu forme pentru masculin și feminin :* (de exemplu : redus-redusă ; moș-babă ; băiat-fată ; 64 itemi-128 cuvinte).

3. *Cuvinte cu sens opus (antonime) :* (de exemplu : sălbatic-domestic ; frumos-urît ; arătos-jerpelit ; 137 itemi-174 cuvinte).

4. *Cuvinte sinonime :* (de xemplu : ștergar-prosop ; mlaștină-mocirlă ; superb-teribil-minunat ; 33 itemi-68 cuvinte).

5. *Cuvinte care rimează :* (de exemplu : stilou-bibelou ; piramidă-cărămidă ; piață-viață ; 128 itemi-256 cuvinte).

6. *Cuvinte diminutive :* (de exemplu : gentuță, ochișori, obrăznicuță ; 90 de cuvinte).

7. *Familiii de cuvinte :* (de exemplu : telefon-televizor-telegraf-televiziune-telegramă ; ciocănitoare-ciocan-ciocîrlie ; kilometru-hectometru-decametru-milimetru-centimetru ; 125 itemi-187 cuvinte).

8. *Cuvinte rare :* (de exemplu : vizionare, feerie, cinic, etalon ; 28 cuvinte).

9. *Cuvinte care denumesc nume și prenume* (referitoare la colegi : Camelia, Costel, Mihai ; 128 cuvinte).

10. *Cuvinte referitoare la desfășurarea lecțiilor :* (faraon, traiectorie bioxid ; 162 cuvinte).

Din punct de vedere gramatical-morfologic se constată o preponderență a folosirii substantivelor 60%, a adjectivelor 20%, a verbelor 10% și a altor părți de vorbire 10% (numeral, prepoziție, conjuncție).

Dar, nu toate aceste părți de vorbire sînt scrise corect din punct de vedere ortografic, așa cum a reieșit din studierea cuvintelor.

Am grupat greșelile ortografice în funcție de două dintre principiile ortografice : fonologic și silabic. Aceasta ne oferă posibilitatea să observăm care sînt greșelile tipice ale clasei și care sînt cele individuale. Cercetarea va începe cu greșelile care au o arie mai cuprinzătoare și o frecvență mai mare, propunînd elevilor să efectueze exerciții pentru evitarea greșelilor.

Gruparea greșelilor :

— după principiul fonologic (de exemplu : ie — e : caete, cuer, șifoner, pioner, foae tigae etc.) = 82 itemi — 214 cuvinte ;

— după principiul silabic (de exemplu : chi — che : licheor, chesea) = 26 itemi — 35 cuvinte ;

— omisiuni întîmplătoare de litere — 34 cuvinte ;

— scrierea cu literă mică a substantivelor proprii — 21 cuvinte ;

— cuvinte ortografiate greșit — 4 cuvinte ;

— cuvinte ce se repetă — 55 cuvinte.

Nu credem că este de prisos această investigație, ci dimpotrivă, ea prezintă interes și importanță deoarece putem interveni în corectarea elevilor care fac greșeli de ortografie în exprimarea scrisă, dar și orală pornindu-se de la nivelul individului atipic, pentru a încerca măsuri de recuperare, de corectare, de înțelegere, asigurînd un nivel acceptabil. Aceasta cu atît mai mult cu cît elevii din clasa a V-a, în primul trimestru, vin din clasa a IV-a cu anumite carențe și disfuncții școlare ale învățării, care trebuie recuperate didactic.

Fără a insista asupra metodei asociative de cuvinte, considerăm că această investigație, de natură psiholingvistică, poate oferi date comparative martor pentru psiholingvistica clinică, avînd în vedere că, în medie cuvintele „aleatorii" în 15 minute, au fost cuprinse între 130—210 Suplimentînd „proba" cu o tehnică selectivă : „să se scrie toate profesiunile cunoscute, în 15 minute", constatăm o diminuare a sistemului mnezic-asociativ-intelectiv, cuprins între 40—80 profesii.

Cercetări de specialitate (1, 2, 3, 4) atestă valoarea experimentului psiholingvistic, raportat și clinic, care pretinde scrupulozitate și a cărui interpretare comportă multe detalieri cu semnificație ontogenetic-intelectuală.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Ajuriaguerra J., Auzias M., Denner A.: *Scrisul copilului,* vol. I și II, E.D.P., București, 1980.
2. Allport G.W.: *Structura și dezvoltarea personalității,* E.D.P., București, 1981.
3. Beldescu G.: *Ortografia în școală,* E.D.P., București, 1973.
4. Cazacu-Slama Tatiana: *Lecturi de psiholingvistică,* E.D.P., București, 1980.

THE SIGNIFICANCE OF THE TEST WITH ISOLATED ALEATORY WORDS IN RECUPERATING THE DIFFICULTIES OF PRE-ADOLESCENT SCHOOL-CHILD

Summary

The experimental investigation — with psycho-linguistic character — brings into relief, in contrast with the method of associative words, the ontogenetic ability by instruction and „ad-hoc" spontaneousness and the possibilities of „aleatory" message within the relation subject-habitual environment.

The aleatory characteristic of the inner language — spontaneously re-activated — in units of stocastical estimation distinctly and individually brings into relief the actual and virtual disponibilities of comprehending communication and transmission of messages of pulsional-affective-intellectual character in the act of perpetual onto-cognitive learning. The statistic (rough) conclusions offer comparatice possibilities of learning-correcting and re-dimensioning of communication through affective-cognitive language.

EFICIENȚA PSIHOTERAPIEI ÎN RECUPERAREA BOLNAVILOR CRONICI

Fl. Marin, E. Varga, C. Crăciun

Oficiul Județean de Expertiză Medicală
și Recuperare a Cacapității de Muncă
Spitalul Clinic de Recuperare — Cluj-Napoca

CONFORM DEFINIȚIEI FORMULATE DE A V-A SESIUNE ȘTIINțifică a Academiei de Științe Medicale din Republica Socialistă România, recuperarea „trebuie considerată ca un domeniu de activitate complexă — medicală, educațională și socioprofesională — prin care se urmărește restabilirea cît mai deplină a capacităților funcționale reduse sau pierdute de către o persoană ca urmare a unor afecțiuni congenitale sau dobîndite în urma unor boli sau traumatisme, precum și dezvoltarea unor mecanisme compensatorii care să-i asigure posibilitatea de muncă sau autoservirea, respectiv o viață mai activă cu independență economică și/sau socială".

Considerată „a treia dimensiune a medicinii", după profilaxie și tratamentul clasic al bolilor (1) recuperarea abordează bolnavul în complexitatea și unitatea sa bio-psiho-socială. Orice boală are implicații cu caracter de criză atît pentru pacient, cît și pentru familia sa (7). Reducerea capacității funcționale, limitarea autonomiei se repercutează asupra integrării familiale, sociale și profesionale a bolnavului, amenință însăși autorealizarea persoanei, considerată de Maslow, (11) ca o condiție indispensabilă a sănătății psihice.

Reflectarea pe planul conștienței a deficitului instalat, confruntarea cu sentimentul neputinței și incertitudinii generează trăirea penibilă a dependenței, anxietății și depresiei. Pierderea speranței în posibilitatea redobîndirii capacităților funcționale premorbide, respectiv a statutului social, profesional și familial temporar pierdute, teama excesivă sau lipsa de motivație se traduc adesea prin apatie și pasivism, stări care pot fi amplificate de familia hiperprotectoare.

Recuperarea pretinde din partea pacientului asumarea unui rol activ. Succesul recuperării depinde în mare parte de angajarea pacientului în programul kinetoterapeutic, de modul în care el se raportează la terapia ocupațională, de învingerea sentimentului de teamă, de măsura în care este motivat pentru redobîndirea autonomiei și a statutului său social și profesional. În majoritatea cazurilor, cooperarea pacientului cu echipa terapeutică nu ridică probleme deosebite. Există însă un număr de bolnavi pe care starea psihică îi împiedică să se integreze în mod

corespunzător în programul recuperator. În aceste situații se recomandă apelul la psihoterapie. Includerea psihoterapiei, considerată drept un liant al recuperării, în strategia terapeutică este indicată ori de cîte ori avem de a face cu un pacient depresiv, anxios sau exagerat de dependent.

Prin psihoterapie bolnavul primește de fapt „ajutor pentru autoajutor", astfel încît să-și biruie și să-și depășească propriile probleme prin autodezvoltare. Problema centrală a psihoterapiei aplicate în contextul recuperării o constituie acomodarea la situația creată de boală și voința de a se recupera. Asistența psihologică își propune în ultimă instanță să asigure angajarea cît mai deplină a bolnavului în procesul recuperator, colaborarea cît mai strînsă dintre medic, bolnav și aparținători (4, 5, 10).

În contextul recuperării, strategia psihoterapeutică trebuie modelată astfel încît ea să se articuleze în specificul acestei activități. Scopurile ei sînt subordonate obiectivelor mai generale ale recuperării, iar timpul ce îl are la dispoziție este limitat de durata tratamentului recuperator. Tehnicile concrete utilizate de psihoterapeut sînt alese în funcție de obiectivele unor rezultate pozitive în cel mai scurt timp cu putință, întrucît de multe ori, de succesul lor depinde posibilitatea începerii tratamentului recuperator. Vor fi preferate deci tehnicile directive, instrumentale, cu acțiune simptomatologică, imediată. Terapia comportamentală, metodele de relaxare, biofeedback-ul, sugestia, psihoterapia scurtă de tip Erickson sînt indicate în primul rînd datorită faptului că permit realizarea obiectivelor propuse în timp util. Teama de cădere poate reprezenta o piedică foarte serioasă în participarea pacientului la un program de reeducare a mersului. Aplicînd un tratament intensiv de terapie comportamentală (desensibilizare progresivă) teama poate fi diminuată în numai cîteva zile în așa măsură, încît să nu mai interfereze cu recuperarea.

Aceste metode sînt preferate în recuperare și datorită faptului că — exceptînd sugestia — acordă o pondere semnificativă activității individuale a pacientului, deci concordă cu „spiritul" recuperării.

Un aspect important al oricărei psihoterapii îl constituie evaluarea. Susținută inițial doar de reprezentanții terapiei comportamentale (3, 9), necesitatea aprecierii obiective în psihoterapie este azi unanim recunoscută și din ce în ce mai manifestă (2). Evaluarea inițială a pacientului stă la baza fixării obiectivelor psihoterapiei și a elaborării strategiei terapeutice, iar cea din fazele ulterioare ale tratamentului ne indică măsura în care asistența psihologică și-a atins scopul sau se apropie de realizarea obiectivelor finale.

Evaluarea eficienței ridică o serie de dificultăți metodologice. Semnificativ ni se pare faptul că prestigioasa publicație de specialitate „Annales médico-psychologiques" a dedicat recent un număr întreg (vol. 141, Nr. 6, 1983) acestei probleme. După cum se arată, psihoterapia este un tratament individual în care fiecare rezultat prezintă o multitudine de aspecte. Contextul în care se situează sistemul interacțiunilor ce o formează este unul natural, iar criteriile eficienței sînt relative (2). Sistemele de referință ideale, cu valoare universală sînt deci inaplicabile în evaluarea eficienței psihoterapiilor. Criteriile evaluării se fixează în funcție de statusul inițial și de obiectivul vizat de terapie, deci au la bază repere strict individualizate.

Comportamentele relevante trebuiesc definite și circumscrise cît mai riguros, astfel încît ele să poată fi definite în termenii măsurătorilor psihologice și psihofiziologice (Birk, 1978). Metodele și mijloacele folosite în apreciere trebuiesc astfel selectate, încît să satisfacă cîteva criterii fundamentale. Trei dintre acestea sînt de o importanță deosebită.

a) *Validitatea de conținut* a oricărui instrument utilizat în investigațiile psihologice se referă la corespondența dintre aspectul vizat de examinator și ceea ce proba respectivă măsoară în mod real. O scală pentru depresie prezintă validitate de conținut dacă măsoară într-adevăr intensitatea reacției depresive.

b) Instrumentul utilizat trebuie să fie *sensibil* la modificările consecutive intervenției terapeutice. Aplicarea dinamică a testului trebuie să evidențieze schimbările generate de psihoterapie și să permită o estimare cît mai riguroasă a măsurii acestor modificări. Evaluarea urmărește nu numai consemnarea faptică a evoluției pacientului ; ea are de răspuns și la întrebarea dacă modificarea obținută este suficientă sau nu.

Sensibilitatea măsurătorilor utilizate este direct proporțională cu fidelitatea lor. Un test sau un chestionar cu fidelitate prea crescută este excesiv de rigid pentru a putea evidenția rezultatele, de multe ori foarte nuanțate, ale terapiei.

c) Criteriul *obiectivității* pretinde ca rezultatele evaluării să fie cît mai independente de persoana examinatorului (8). Obiectivitatea vizează eliminarea erorilor subiective ce pot interveni în cotarea și interpretarea rezultatelor psihomotrice, ca o consecință a dorinței inconștiente de a demonstra eficiența intervenției terapeutice. Ea are la bază perfecționarea „parametrilor „tehnici“ ale instrumentelor de măsură și posibilitatea conceptualizării rezultatelor înregistrate.

Celălalt sens al obiectivității instrumentelor psihodiagnostice se referă la independența rezultatelor înregistrate de subiectivitatea imaginii de sine a pacientului (6). Se tinde spre eliminarea cît mai deplină a posibilităților ca subiectul să poată denatura, conștient sau nu, datele evaluării. Înregistrarea diferiților parametri fiziologici și unele teste proiective corespund în cea mai mare măsură acestui deziderat, în timp ce ponderea elementului subiectiv culminează în cazul scărilor de autoevaluare.

Dacă satisfacerea criteriilor validității și sensibilității este indispensabilă, obiectivitatea evaluării ridică cel puțin două probleme importante :

a) Nu dispunem întotdeauna de metode de investigație obiectivă.

b) Fiecare psihoterapie tinde să modifice și subiectivitatea pacientului, deci evaluarea acestuia este de asemenea importantă.

Sîntem de părere că rezolvarea acestor probleme este posibilă numai prin adoptarea unei atitudini flexibile și a unei abordări plurimodale. Astfel considerăm utilă următoarea atitudine practică :

1. Ori de cîte ori este posibil, este recomandabilă confruntarea datelor obiective cu autoaprecierea subiectului. De exemplu, în cazul unui pacient care pre-

zintă anxietate, evaluarea se va face atît pe baza unei scări de autoapreciere, cît şi pe cea a măsurătorilor fiziologice obiective (puls, T.A.).

2. Dacă nu dispunem de posibilitatea efectuării unor înregistrări relevante obiective, autoevaluarea subiectului va fi completată de aprecierile terapeutului.

3. Atunci cînd discrepanţa dintre evaluarea terapeutului şi autoaprecierea pacientului este mare, se va recurge la metode experimentale pentru a vedea care din cei doi se apropie mai mult de realitate.

4. Ocazional pot fi incluse în evaluare şi date culese de la aparţinători sau de la membrii „echipei" angajate în recuperarea pacientului.

Această atitudine practică flexibilă permite o evaluare satisfăcătoare a eficienţei psihoterapiei, aducîndu-şi astfel o contribuţie importantă la recuperarea bolnavilor cronici care prezintă probleme de ordin psihologic.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Arseni, C. (red.) :*Tratat de neurologie*, vol. V, Edit. Medicală, Bucureşti, 1979.
2. Chanoit, E. : Ann. Méd. Psychol., 1983, vol. 141, nr. 6, pp. 27—30.
3. Cottraux, J. : *Les thérapies comportamentales*, Edit. Masson, Paris, 1978.
4. Crăciun, C., Varga, E., Marin, Fl., Pop, L., Andronescu, N. : Clujul Medical, 1983, vol. LVI — nr. 4, pp. 324—328.
5. Cronbach, L.J. : *Essentials of Psychological Testing*, Harper and Row New York, 1970.
6. Gathercole, C.E. : *Assessment in Clinical Psychology*, Penguin Books, Harmondsworth, Middlesex, 1969.
7. Greenhill; M.H. : Psychiatr. Z. Univ., Ottawa, vol. 5, nr. 4.
8. Kulcsar, T. : *Lecţii de psihodiagnostic*, Litogr. Univ. „Babeş-Bolyai", Cluj-Napoca, 1980.
9. Mackay, D. : *Clinical Psychology. Theory & Therapy*, Methuen London, 1975.
10. Marin, Fl., Vinti, D. : *Recuperarea femeilor cu afecţiuni ginecologice*, Edit. Medicală, Bucureşti, 1981.
11. Maslow, A.H. : *Motivation and Personality*, Harper and Row, New York, 1971.

EFFICIENCY OF PSYCHOTHERAPY IN REHABILITATION OF NON-PSYCHIATRIC PATIENTS

Summary

Psychotherapy is a basic component of medical rehabilitation, whenever the patient presents emotional or personality disorders. Evaluation of the efficiency of psychotherapeutical intervention is a difficult but necessary task. Psychodiagnosis used in evaluation should be valid, objective instruments. We propose the following rules for choosing them :

1. Objective measurements should be combined, whenever possible, with subjective self-appreciation.

2. When objective measurements are not available, they should be substituted with the therapist's apreciations.

3. When discrepancy between the patient's and the therapist's appreciation is significant, experimental methods are recommanded.

4. Occasionally we might use data gathered from relatives or other members of the *rehabilitation team.*

SOCIO-REINSERȚIE PRIN ARTTERAPIE

I. Lenghel

Spitalul Municipal — Sighetul Marmației

STRĂDUINȚA ȘI NĂZUINȚA NOASTRĂ AU CONLUCRAT DE O bună bucată de vreme și nu de puține ori cu reușită în a orienta și concretiza o formă a terapeuticii mai puțin uzuală. Este vorba despre ceea ce arta a cedat integral literaturii psihologico-psihiatrice. Este activitatea patoplastică.

Pornind de la priceperea trăirilor și faptelor celor asistați încercăm obținerea unor rezultate, sperate și dorite, inițial de încadrarea nozografică iar concomitent și ulterior de efecte binefăcătoare asupra psihicului bulversat de boală (1, 6, 7, 9). Am pornit de la personalitate care în accepțiunea profesorilor P. Brânzei și A. Sîrbu dă măsura, stilul, amprenta ; exprimă ansamblul caracteristicilor temperamentale, caracteriale și volitionale ; este un cumul funcțional al vieții omului, un sistem dinamic, ceva de moment. De aici derivînd și caracteristica de funcționalitate. Aceasta într-o viziune unitară : persoană, boală, tratament toate analizate tridimensional : bio-psiho-social.

Persoana. Persoana acelora care ne-au dat producții patoplastice am privit-o pe coordonate legate de timp. Am luat astfel în considerare pentru această lucrare personalitățile premorbid structurate evitînd pe cele neformate. Am decelat anamnestic și heteroanamnestic că aceste persoane prezentau premorbid o sensibilitate aparte la culoare, o trăire agreabilă a senzațiilor culorii, care nu rareori au devenit expresive, inteligibile și care s-au concretizat în tablouri, fără consacrare însă. Erau totuși lucrări armonice, într-un acord al aptitudinilor cu sens constructiv specific artei normale, cum ar spune autorul „Psihologiei artei“ Henri Delacroix. Sînt persoane care premorbid aveau plăcerea frumosului, un frumos iscat de spectacolul culorii obiectului lumii reale, culorii vieții materiale (2, 3, 8, 10). Era iscată armonia și plăcerea culorii pe cînd nu li se putea ghici destructurarea vieții psihice pe care am surprins-o noi. N-am dori să continuăm elogiul personalității premorbide al acestor bolnavi, pentru a putea privi la modul valoric real producțiile lor patoplastice, produse după îmbolnăvire.

Boala. Boala psihică a bolnavilor analizați anunțată printr-o vitalitate epuizată inclusiv a creerii frumosului constructiv degenerează în

persiabilitate, în destructurarea persoanei, persoană pînă nu demult creatoare de valori. Răsunetul bolii asupra persoanei nu recreează cum spune Enăchescu „mentalități noi" infantile sau primitive deși formal estetic se pot face similitudini cu acestea și cu unele curente ale artei moderne (4, 5). Spre deosebire de patoplastic, abstracționismul, fauvismul, suprarealismul și alte curente ale artei moderne aparțin unor artiști cultivați și cu talent, unii de excepție, ce dau umanității lucrări de valoare. Lucrările patoplastice reflectă trăirile psihopatologice, reflectă cu alte cuvinte boala, facilitîndu-ne, prin adecvată interpretare, o mai clară viziune asupra încadrării nozografice.

Conduita psihoterapeutică. Lucrările patoplastice selecționate ale bolnavilor luați în studiu au apărut fie ca o manifestare spontană în evoluția modificărilor morbide, fie la sugestia noastră. Menționăm că nu am luat în studiu lucrările picturale premorbide. Cele patoplastice, însă au fost în totalitate efectuate în timpul spitalizării. Folosite inițial ca o variabilă în cadrul modalităților de comunicare pacient-terapeut, lucrările patoplastice și-au dezvăluit ulterior efectul psihoterapeutic suficient de eficace ocupînd un loc distinct în cadrul programului terapeutic complex.

Dintre caracteristicile analizate la fiecare lucrare patoplastică remarcăm :

— paleta cromatică
— constelația de simboluri
— forma, stilul, conținutul, care sînt invariabil morbide
— regresiunea care a fost variabilă în funcție de evoluție mergînd de la delirant la disociație și invers, spre ameliorare
— determinismul fiind psihopatologic
— valoarea : lucrările nu sînt opere de artă, au valoare documentară cu conținut nonvaloric estetic.

Am selecționat pentru această comunicare doar cîteva din lucrările patoplastice a trei bolnavi cu schizofrenie, doi forma paranoidă și unul hebefrenă.

Primul bolnav : O.P., 25 ani, absolvent de liceu, sculptor în marmoră. Dg. : Schizofrenie paranoidă.

Analiza patoplastică vom prezenta-o prin prisma evoluției sub proceduri terapeutice.

Bolnavul se prezintă prin autoportret. Se observă neoformațiile cu aspect ilogic, imagine vulnerabilă obosită, anxioasă, cu tematică delirantă și disocierea personalității. În următoarele se observă paraformațiile, imagini dezolante, iraționale, sugerează înrudiri insolite cu trăiri multiforme, stranii și paletă cromatică rece.

Ultimele lucrări sînt efectuate după terapie complexă. Formele sînt mai coerente și definite, mai logice, cu orientare mai puțin spre sine și mai mult spre lumea din afară.

Al doilea bolnav: O.I., 23 ani, zugrav. Dg. : Schizofrenie paranoidă.

Prima lucrare executată în plin puseu psihotic redă o atmosferă terifiant delirantă, paletă cromatică stridentă, folosind forme animaliere și personaje monstruoase într-o situație simbolică legendară.

Efectuată într-o stare generală ameliorată lucrarea a 2-a prezintă un peisaj simbolic uman, mai coherent, amintind pictura naivă, cromatică trădînd oscilațiile timice. Îi decelăm ca elemente evident patologice stereotipiile, bizareriile tempo-

rale, avînd ca elemente simbolice copaci, cîmpie, apă, iar ca redare de ansamblu straniul combinațiilor.

Bolnavul al 3-lea : Dg. Schizofrenie hebefrenică. Absolvent de liceu cu preocupări premorbide spre științele abstracte, este prezent prin cîteva desene efectuate în faza de remisie.

Pentru bolnav floarea reprezintă viața iar foarfeca tehnologia. În următorul desen apare o imagine simbolică stilizată, cercul care închide floarea amenințată de o tehnologie comandată de omul soldat. În ansamblu ele ne sugerează ca motiv simbolic viața cu amenințările și cu una din posibilitățile nedorit-evolutive, pe care nici bolnavul n-o dorește dar care-l obsedează și anxietează. În viziunea bolnavului „homo sapiens în devenire".

Concluzia. Concluzia despre activitatea patoplastică aș formula-o într-o singură frază dar construită din cuvinte de esență în psihoterapie. Sînt cuvinte cheie, de rezonanță, cuvinte care exprimă scopul acestei activități : comunicare, conlucrare, reabilitare.

Comunicare pînă la detectarea trăirilor inconștiente, contacte interpersonale și psihosociale, conlucrare la scop care nu-i altul decît reabilitarea bolnavului.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

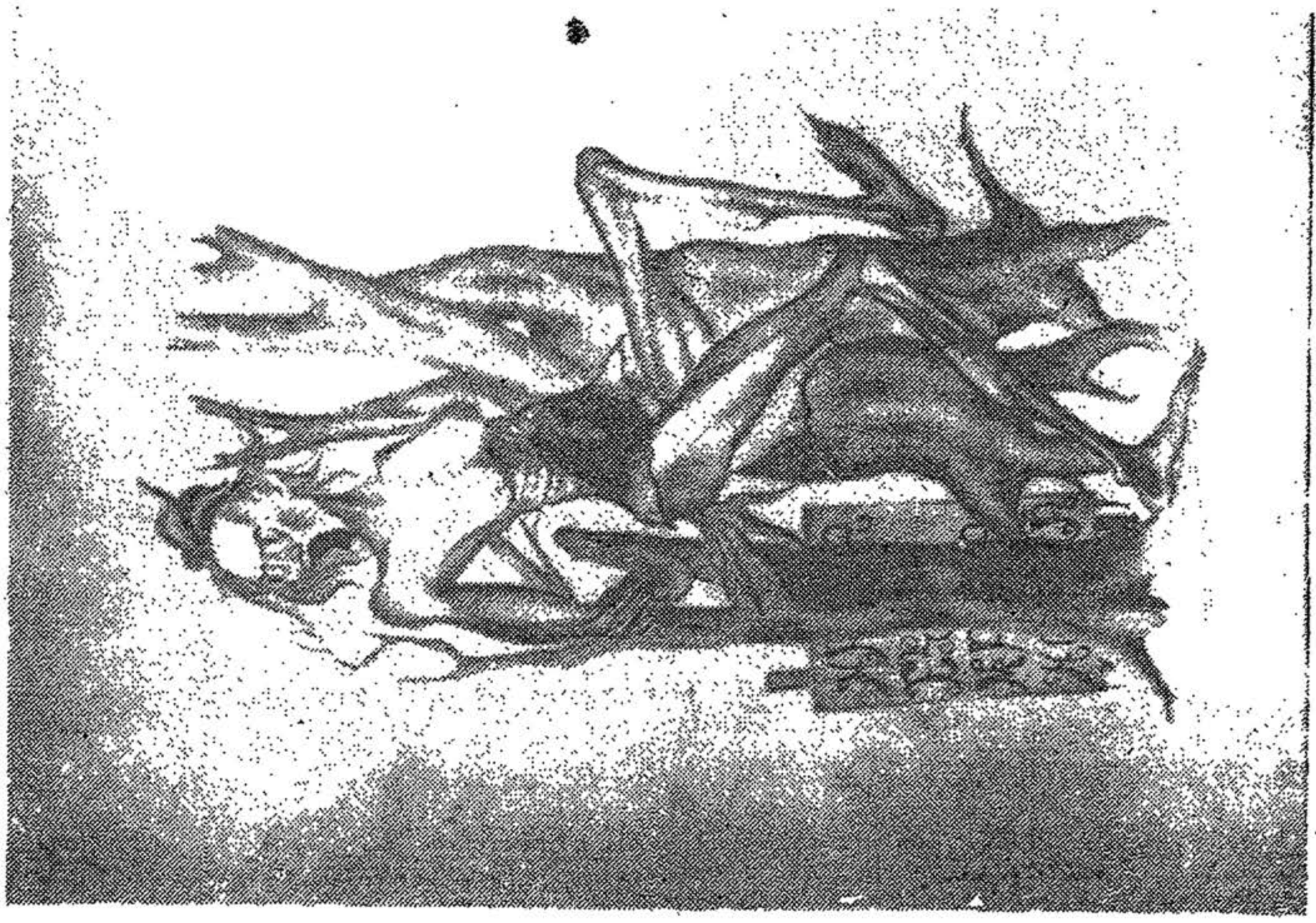
1. Albini V.I., Sîrbu A., Bulgariu D. : *Relațiile interdisciplinare ale psihiatriei,* „Socola", Iași, 1975, p. 39.
2. Delacroix H. : *Psihologia artei,* Edit. Meridiane, București, 1983.
3. Elsen E.A. : *Temele artei,* Edit. Meridiane, București, 1983.
4. Enăchescu C. : *Psihologia activității patoplastice,* Edit. Științif. și enciclop., București, 1977
5. Enăchescu C. : *Igiena mintală și recuperarea bolnavilor psihici,* Edit. Medicală, București, 1979.
6. Gorgos C. : *Vademecum în psihiatrie,* Edit. Medicală, București, 1985.
7. Pamfil G., Ogodescu D. : *Psihozele,* Edit. Facla, Timișoara, 1976.
8. Pascadi I. : *Arta de la A la Z,* Edit. Junimea, Iași, 1978.
9. Popoviciu L. : *Visul,* Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1978,
10. Solier R. : *Arta și imaginarul,* Edit. Meridiane, București, 1978.

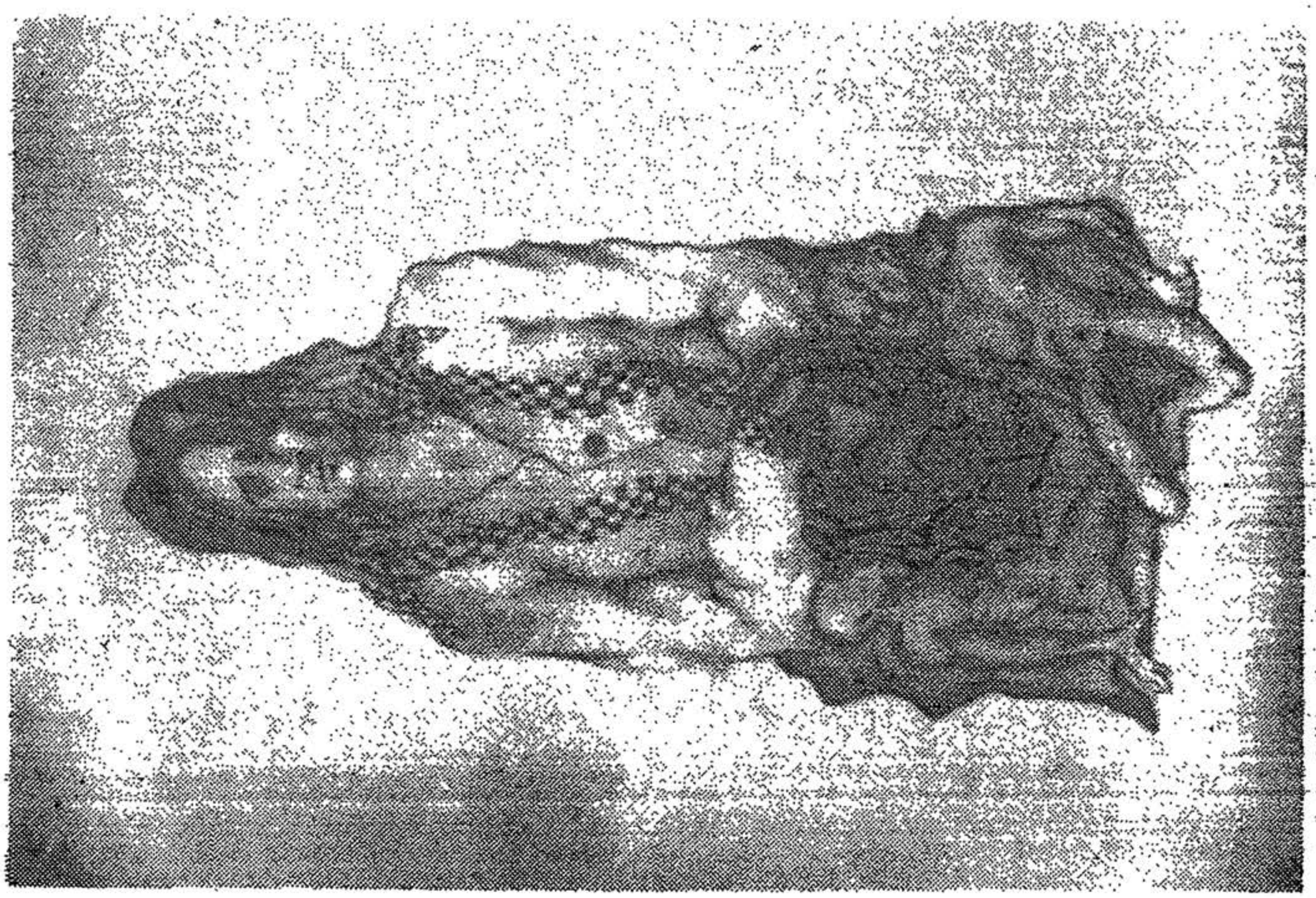
SOCIAL REINSERTION BY ART THERAPY

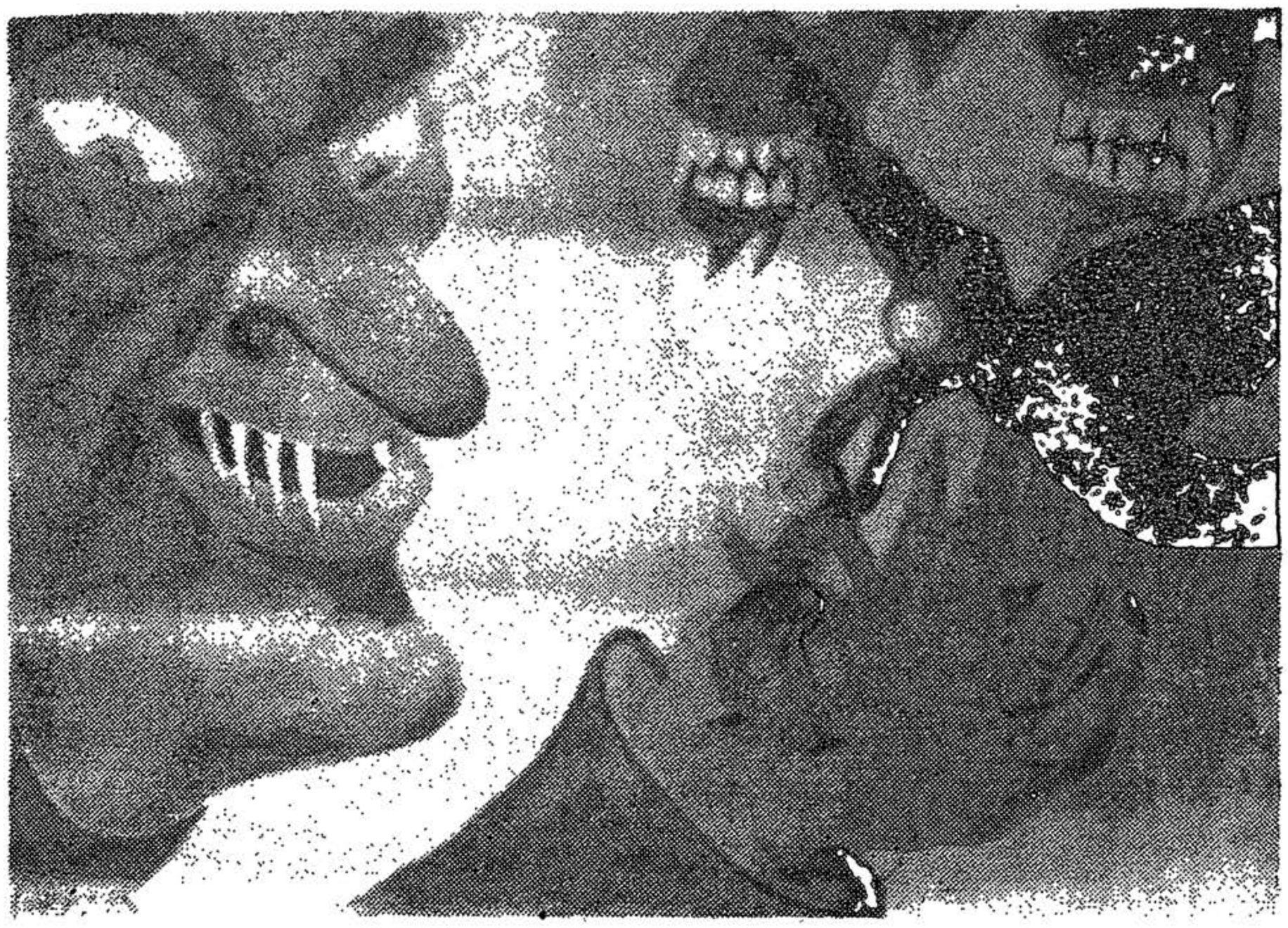
Summary

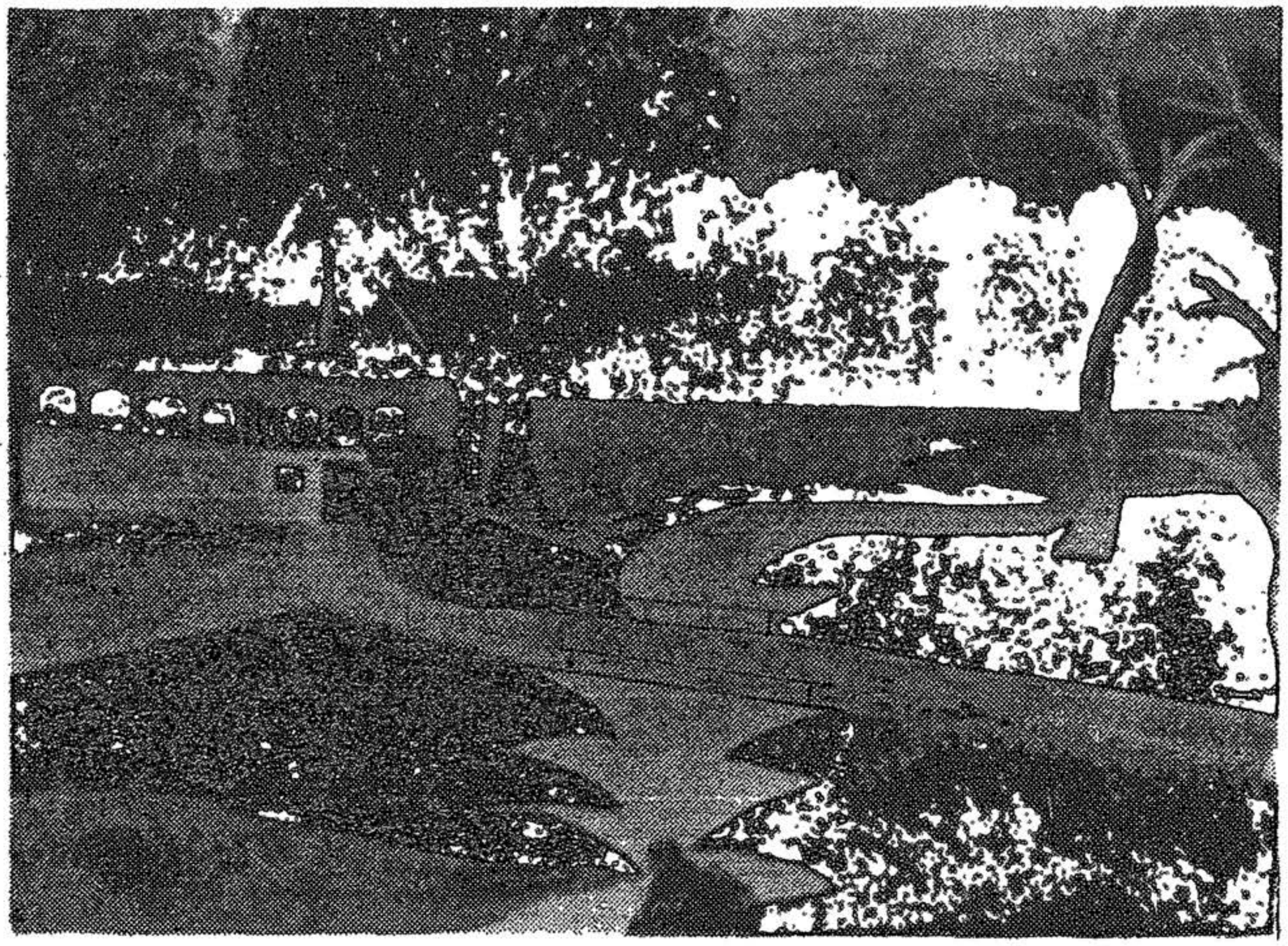
Connected with art-therapy the author examines 12 pathoplastic paintings made by three schizophrenic pacients. The examined characteristics were : combination of colours, constellation of symbols, morbid content a.s.o.

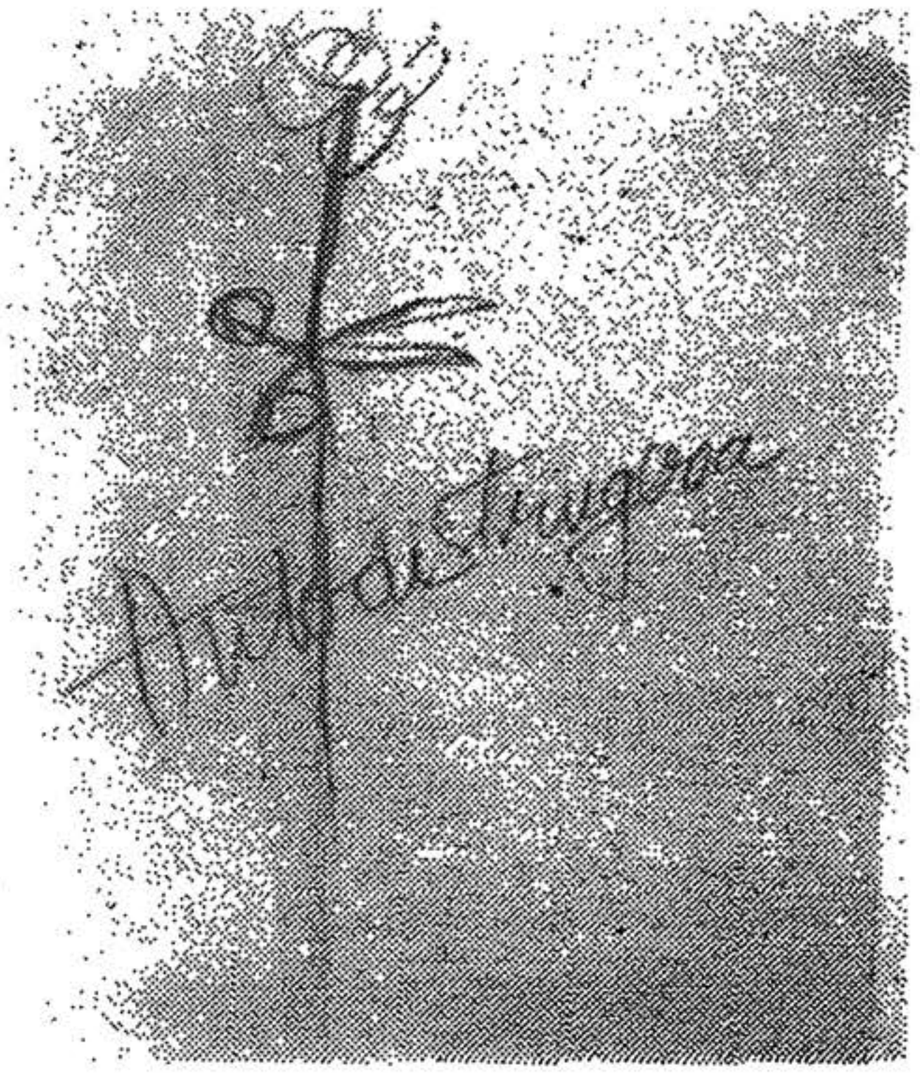
Patient, sickness, treatment are analysed in a three-dimension vision. It outcomes from the words that denate the aim of this activity : communication, collaboration, rehabilitation.

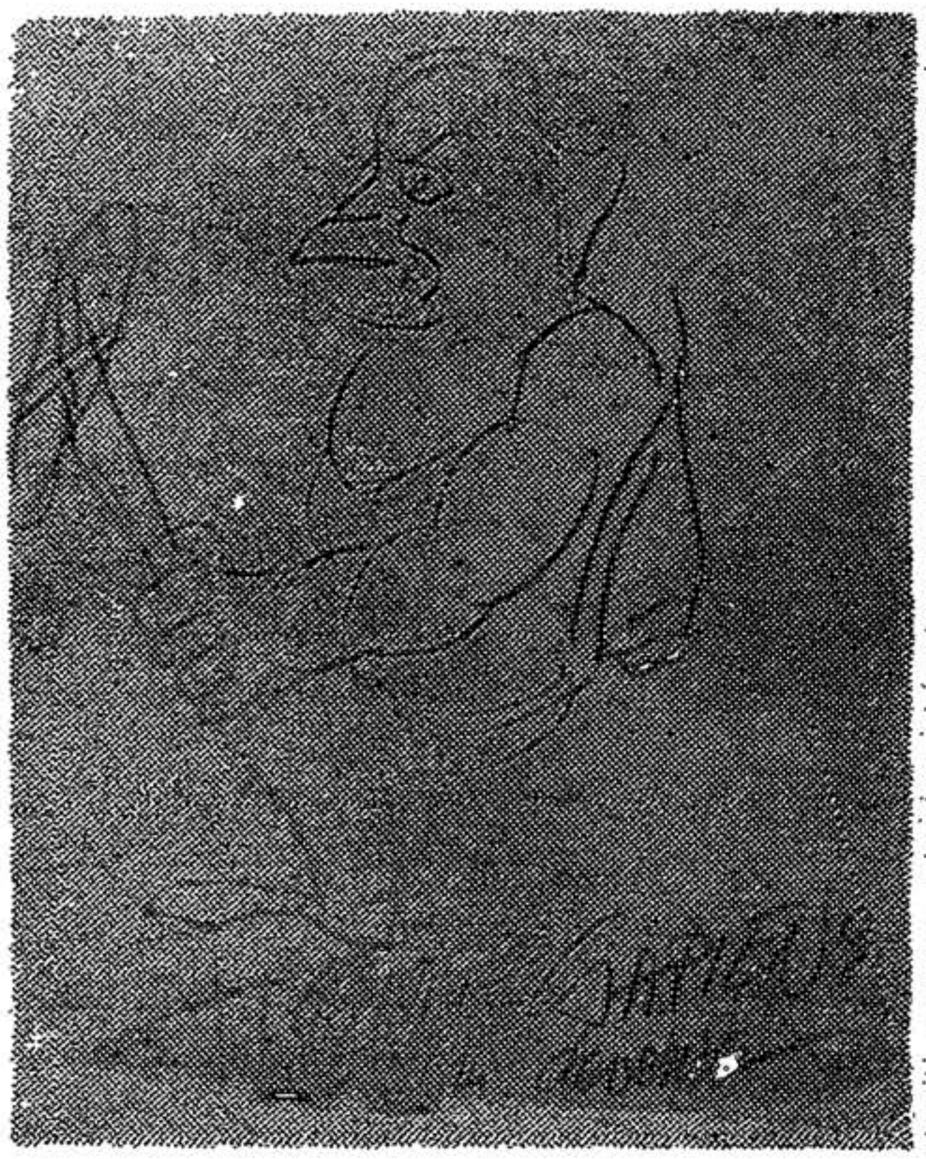












ASPECTE COMPARATE ÎN ALCOOLISM LA BĂRBAȚI, DUPĂ VÎRSTA LA CARE APAR INTERFERENȚELE ACUTE

N. Neicu, D. Prelipceanu, Irina Dan

Spitalul Clinic „Gh. Marinescu" — București

ALCOOLISMUL ESTE UN FENOMEN COMPLEX ATÎT PRIN MANIfestările clinice cît și prin problemele de etiologie și socio-geneză. Clasificările pe care le ridică, dintre care unele rămîn la suprafața descriptivă a fenomenului (Pèrrin, Fouquet, Shelldon, Zimberg), altele cu o mai accentuată cunoaștere psihopatologică a lui (Jellinek, Deshaies), teoriile și ipotezele etiopatogenice și, mai ales, marea diversitate a celor psihologice tentează, cu un succes de cele mai multe ori trecător, să ofere o explicație. Clinicianul nu-și poate însă reține un anumit scepticism în fața insuficienței acestor teorii, insuficiență probată de realitatea clinică ce rămîne mereu refractară la explicații unilaterale, dar — tocmai de aceea — este atent la ceea ce o experiență de zi cu zi îl sensibilizează și care îi oferă uneori perspective pe cît de greu de definit în termenii procustieni ai unei teorii, pe atît de utile în efortul său sisific de a aborda o boală la fel de veche ca lumea și tot atît de greu de definit ca și ea.

Tratînd de un timp îndelungat alcoolici într-un serviciu de psihiatrie de urgență, am atins etapa de a constata o anumită dinamică a bolii privită ca fenomen statistic. Dincolo de oscilațiile cantitative (număr de internări) legate de obiceiuri culturale, de regiuni sau unele profesii pentru care alcoolismul pare mai mult sau mai puțin endemic, ni s-a părut că observăm în ultima vreme o creștere a numărului de etilici de vîrste mai tinere care necesită internarea. Faptul se reflectă și sub aspectul internărilor de urgență. Pentru a ne obiectiva și nuanța observația, am recurs la analiza structurii pe grupe de vîrstă a incidențelor acute (psihotice și nepsihotice — adică beții acute voluntare) care au determinat internarea de urgență în cursul unui an (1983) a 213 pacienți de sex masculin în serviciul nostru. 3,28% aparțineau grupei de vîrstă 20—24 ani, 19,24% grupei 25—34 ani, 36,15% grupei 35—44 ani, 30,06% grupei 45—54 ani și 11,24% grupei peste 55 ani. Morino (1967), Grecu și col. (1973) găsiseră ponderea maximă a alcoolismului în general la 41—50 ani, iar Herner (1972), mai mult, la 45—50 ani. Faptul că autorii citați și-au efectuat studiile lor în arii culturale diferite, găsind însă rezultate apropiate, poate valida constatarea că diferența în comparație cu lotul nostru ar putea consta într-o particularitate de evoluție dinamică în timp a fenomenului ca atare. Raportul dintre mediile de proveniență ale pacienților lotului nostru a fost de aproape 4/1 în favoarea celui urban.

Am efectuat o comparație între diferitele date, atîtea cîte ne-au fost puse pe foile de observație, prin împărțirea lotului inițial în două subloturi : primul

cuprindea grupele 20—44 ani (58,67%), al doilea grupele 45—64 ani (41,33%). La fiecare sublot am urmărit un număr de parametri clinici, socio-familiali, profesionali și motivaționali în legătură cu abuzul de alcool, cît și catamnestici.

Am constatat astfel, cum era de așteptat, o preponderență semnificativă statistic (pentru p. 05) a psihozelor toxice (predelirium și delirium tremens) la al doilea sublot și a beției acute voluntare cu sau fără agitație psiho-motorie la primul sublot. Nu s-au remarcat diferențe semnificative în ceea ce privește modalitatea de internare (salvare, bilet de trimitere, prezentarea din proprie inițiativă etc.), mediul de proveniență (rural, urban), nivelul de instruire și ocupații, antecedentele heredo-colaterale legate de alcoolism, felul băuturii alcoolice și motivației consumului abuziv de alcool, deși la scara întregului lot se remarcă tendința consumului de băuturi tari specifică „alcoolismului industrial" sau de tip anglo-saxon. În ceea ce privește acest din urmă criteriu, chiar dacă în întregul lot deprinderile legate de alcoolofilie și problemele familiale au constituit 83,18% din cauza declarată a abuzului (repartizată relativ egal în cele două subloturi) aceste două grupe de fenomene par legate de fondul afectiv modificat al pacienților noștri. Astfel aparenta relație reactivă între alcoolomanie și cauzele socio-familiale par a avea cauze mai profunde în structura personalității, într-o labilitate afectivă obiectivată clinic, după remiterea episodului acut, ce oscilează între disforie (semnificativ mai frecventă la sublotul al doilea), anxietate (semnificativ mai frecventă la subiecții primului sublot) și depresie — mai rar întîlnită — egal repartizată în cele două subloturi. O investigare proiectivă a personalității acestor subiecți ar oferi concluzii interesante legate probabil de diferențe de profil al personalității, care conduc — în contexte variate, trăite reactiv sau chiar parțial condiționate de acest profil — la abuzul etilic ca soluție de compromis în conflictul cu sine sau în dificultatea de relaționare cu ceilalți. Oricum, pare destul de clară la subiecții lotului nostru existența mai multor „posibilități" de a deveni dependent de alcool, fapt relevat de o constatare care inițial nu înseamnă neapărat acest lucru. De altfel și motivațiile declarate ale pacienților ar putea sugera aceasta, din ceea ce — în mod diferit — ei așteaptă de la alcool. Pentru unii acesta este un psiholeptic, pentru alții un psihoanaleptic sau chiar psihodisleptic. Winokur și col., studiind alcoolici și familiile lor originare, găseau o tipologie diferențiată a modelului bolii. Ei vorbeau de un alcoolism primar (cu importantă încărcătură heredo-colaterală similară), de unul „sociopatic" și altul depresiv, ultimele două fiind superpozabile modalității predominent reactive de dependență. Fuller, Foulds și Hassall găsesc o origine psihopatică (chiar dacă pentru ei alcoolismul în genere este esențialmente o expresie nevrotică) cu atît mai pregnantă cu cît debutul este mai precoce. Cazurile în care această transare poate fi făcută rămîn — așa cum practica clinică ne-o arată — destul de rare. Simptomatică pentru interacțiunea unei constelații de factori de personalitate (care reacționează nevrotic sau se decompensează psihotic) și socio-familiali, ponderea mai crescută

a apariției alcoolismului la vîrste mai tinere (exprimată de lotul cercetat) poate fi abordată eficent terapeutic prin buna adresabilitate existentă astăzi pentru unitățile de psihiatrie, ambulatorii, semiambulatorii și spitalicești, cît și printr-o eficientă organizare a măsurilor psiho-terapeutice (îndeosebi în grup), necesare menținerii și consolidării unui echilibru intra- și inter- personal, ca și utilizarea consecventă a tratamentelor de dezintoxicare, repulsie și ortotimizare (de lungă durată, ca tratament de întreținere) oligomineral (cu săruri de litiu).

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Foulds G.A., Hassall C.: Brit. J. Psychiat., 1969, t. 115, pp. 1 027—1 032.
2. Grecu G., Csiky C., Bara M.: Rev. Med. (Tg. Mureș), 1973, XIX, nr. 4, p. 297.
3. Herner T.: Acta Psychiat., Scand., Suppl., 234, 1972.
4. Morino G.: Minerva Med., 1967, t. 58, p. 565.
5. Winokur G., Rimmer J., Reich T.: Brit. J. Psychiat., 1971, t. 118, pp. 525—531.

COMPARATIVE ASPECTS IN MALE ALCOHOLICS DEPENDING ON THE AGE OF APPEARANCE OF ACUTE INCIDENTS

Summary

A sample of 213 male alcoholics admitted in 1983 for acute incidents were studied. 58,67% were aged between 20—44 years and 41,33% between 45—64 years. We found that the interval of age in which the acute incidents appear was diminished in comparison with the data of literature. Anxiety prevailed in the subjects that were aged between 20—44 years and depression mixed with irritability in the subjects that were aged between 45—64 years.

PENSIONAREA — DE LA FACTOR PATOGENIC, LA FACTOR TERAPEUTIC

P. Bădoi, Constanța Sandu
Spitalul Județean — Slatina

IDEEA PENSIONĂRII — DE BOALĂ SAU DE VÎRSTĂ — TREZEȘTE afectiv o gamă extrem de largă de sentimente, mergînd de la deznădejde pînă la euforie, corespunzînd deci realizării fenomenului ca frustrare maximă sau ca pe un avantaj personal inegalabil.

La baza acestui comportament se află printre altele natura bolii și motivația ulterioară intrării în statusul de pensionar.

În pierderea capacității de muncă bolile psihice au o greutate specifică destul de mare.

Schizofrenul în general nu acceptă pensionarea (mai ales în stadiul intrării în remisie, cînd reapar aptitudinile de autocontrol și autoevaluare), așa cum nu acceptă nici ideea de a fi inapt pentru serviciul militar sau pentru conducere auto. Este vorba de sentimentul subconștient de devalorizare în comparație cu egalii grupului său, care odată cu sesizarea pierderii de nivel începînd cu îmbolnăvirea, adăugîndu-se treptat celelalte discreditări aptitudinale și culminînd cu pensionarea — echivalent a inaptitudinii pentru muncă.

De asemenea, reminiscența unor trăsături premorbide pozitive ale personalității, ca inițiativa, urmărirea energică a atingerii scopurilor, sociabilitatea, disciplina — constituie factori care fac să se realizeze negativ intrarea în pensionare. În final, pentru schizofren, gradul de păstrare a funcțiilor intelectuale, inclusiv orientarea spre activitate este mai important decît cel de conservare a afectivității. La fel comportamentul în legătură cu pensionarea rezultă și din atitudinea față de activitatea profesională și comportamentul anterior internării și al manifestărilor psihopatologice în cursul activității, fenomene care se produc în procesul muncii și uneori numai aici.

Atitudinea negativă a schizofrenului față de pensionare nu se poate pune numai în seama gîndirii străine de real a bolnavului, cu atît mai mult cu cît ameliorarea sau remisiunea efectivă este mărturisită cu bună-credință, fenomen din păcate deseori absent la pacienții cu tablouri clinice tip psihopatic sau nevrotic.

Cu psihopatiile și stările psihopatoide lucrurile stau la fel de complex, proteiform, pitoresc și debusolant ca însăși boala.

Există însă și situația la antipod cînd, într-adevăr, după pensionare, boala se ameliorează pînă la dispariție ; mulți bolnavi psihici care n-au

reușit să se pensioneze fiind în activitate, deși erau „clienții" secțiilor și spitalelor de psihiatrie atît de frecvent încît cumulau anual peste 90 zile de concediu medical, odată cu pensionarea de vîrstă n-au mai solicitat nici măcar o dată un consult psihiatric.

Și la cazurile cu traumatism cranio-cerebral personalitatea premorbidă are un rol important. La cele cu tulburări subiective predominante, obiectivate parțial paraclinic sau psihologic, pensionarea ar fi un deserviciu ; din contră, reluarea activității se recomandă a se face cît mai rapid posibil pentru a se evita refugiul în boală sau apariția complicării simptomatologiei cu acuze secundare tip sinistrotic.

Să nu uităm situația cînd pensionarea, de vîrstă sau de boală, debusolează individul. Pensionarului de vîrstă i se destructurează sistemul stereotipurilor înrădăcinate de o viață și alunecă acum în preocupări pentru sănătatea proprie, foarte des în nevroză, iar în urma consultațiilor repetate „se descoperă" ASC, involuția, diverse acțiuni somatice pe seama cărora apare diagnosticul unei nevroze secundare etc.

Unele structuri găsesc în muncă o evadare, o compensare, un suport moral care potențează încrederea în sine, care neutralizează dezechilibrul generat de suferință ; odată cu internarea și recomandarea de pensionare, tot acest eșafodaj cade, iar boala capătă tendința de agravare, de cronicizare și hospitalism.

Analizarea fiecărui caz după un interval de timp de la pensionare face să se surprindă mai cert veridicitatea bolii și nivelului ei de gravitate ; ar fi deosebit de utilă existența efectivă a urmării evoluției bolii după pensionare, prin anchete sociale periodice.

Se relevă clar abuzul de pensionări, existînd rezerve mari pentru reducerea acestuia, cu condiția unor opinii și puncte de vedere comune ale colectivului de psihiatri din secția sau spitalul care face propunerile de pensionare.

În programul de recuperare al fiecărui bolnav psihic pensionat, mai ales la cei cu suferințe de nivel nevrotic, un loc preponderent trebuie să-l ocupe educația sanitară în privința rolului sanogenetic al reluării activității ; de asemenea este necesară și educația sanitară a familiilor hiperprotectoare, care prin îngrijire și afecțiune exagerată întrețin refugiul în pensie al bolnavilor.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Gorgos, C. (sub red.) : *Vademecum în psihiatrie*, Edit. Medicală, București, 1985.
2. Hoffman, A., Parhon-Ștefănescu, Constața : Rev. Neurol., Psihiat., Neurochir, nr. 1/1969.
3. Nedelcu A., Bazilescu S. : Neurol. Psih. Neurochir., nr. 3/1976.
4. Predescu, V. (sub red.) : *Psihiatrie*, Edit. Medicală, 1976.
5. Stössel, St., Lăzărescu, M. : Neurol. Psih. Neurochir., nr. 1/1968.

RETIREMENT — FROM PATHOGENETIC TO THERAPEUTIC FACTOR

Summary

It has been revealed the abuse of pensionings and the reserves existing for a reduction of them with the condition of a common opinion of the psychiatrists in the hospitals that make proposals for retirement.

In the program of recuperation of each case of retired person, especially the neurotic ones, an important role should be played by sanitary education on the sanogenetic role of re-taking the activity; at the same time it is necessary the sanitary education of hiper-protective families that entertain the refuge in disease and pension of pacients.

SOCIOTERAPIA ÎN CADRUL STAȚIONARULUI DE ZI

Rodica Novac, M. Lăzărescu

Institutul de Medicină — Timișoara
Clinica de Psihiatrie

SOCIOTERAPIA SE DEFINEȘTE ÎN RAPORT CU PSIHOTERAPIA prin distanța psihologică interpersonală mai mare dintre terapeut și pacient, prin desfășurarea acțiunii terapeutice în cadrul unui microgrup social și prin scopul ei care este acela de achiziționare a unor abilități de prezență și manifestare socială. Astfel circumscrisă, socioterapia se articulează cu psihoterapia, cu terapia comportamentală și cu ergoterapia, avînd însă specificul ei. Diverse terapii au un „coeficient socioterapeutic" care le reunesc sub un numitor comun, lăsîndu-le uneori o anumită specificitate.

Activitățile socioterapice se pot desfășura la diverse nivele ale unui „sistem terapeutic psihiatric" (s.t.p.) în spitalul de psihiatrie aflat în mediu semiurban, în secția de psihiatrie a Spitalului Județean, în cadrul Staționarului de zi pentru pacienții ambulatorii etc. Din toate aceste „toposuri terapeutice" cel mai potrivit pentru socioterapie ne apare Staționarul de zi, situat într-un Laborator de Sănătate Mintală (L.S.M.). În continuare vom expune unele aspecte organizatorice și unele rezultate ale socioterapiei situată la acest nivel în Timișoara.

Staționarul de zi din Timișoara își desfășoară activitatea în cadrul L.S.M., plasat fizic în imediata vecinătate a Clinicii de Psihiatrie (secție a Spitalului Județean) alături de compartimentul de ergoterapie ambulatorie și alte compartimente și servicii ale L.S.M. Activitatea Staționarului de zi este centrată pe terapia postcură spitalicească, avînd în centrul preocupărilor sale recuperarea și readaptarea socio-familială și profesională. În plan secundar, la acest nivel, se internează și cazuri pentru clarificare diagnostică, pentru cură terapeutică scurtă (cu ocazia unei prime internări a unui caz de „mică psihiatrie" sau a unei recăderi minore de psihoză endogenă) precum și cazuri de bolnavi pensionați sau fără ocupație la care se încearcă încadrarea în ergoterapie ambulatorie și reîncadrare în muncă..

Activitatea Staționarului de zi se desfășoară în strînsă integrare cu cea a Staționarului clinic și a L.S.M., fapt realizat prin contactul zilnic al medicilor, prin utilizarea împreună a spațiilor și a unui grup din personal, prin informațiile transmise zilnic privitoare la pacienți și problemele lor medicale și sociale.

În cadrul Staționarului de zi se desfășoară funcții de diagnostic, expertiză, terapie și recuperare. Pe lîngă terapia medicamentoasă (care la

acest nivel are o importanţă medie), principala modalitate terapeutică desfăşurată constă din socioterapie.

Mai precis din coeficientul socioterapeutic al unor diverse activităţi, dintre care menţionăm : — activităţi de club (jocuri de societate, vizionare TV, audiţie radio, prezentări de diapozitive, discuţii informative etc.) ; — activitatea de cenaclu literar (cu stimularea creaţiilor personale, cu dezbateri asupra unor opere literare, întîlniri cu scriitori etc.) ; — staţionarul de zi editează lunar şi o foaie volantă cu conţinut literar artistic ; — activitate de educaţie fizică, jocuri sportive, piscinoterapie, dans, plimbări ; — participări la spectacole ; — cerc de pictură şi activitate plastică ; — discuţii psihoterapeutice în grup ; — terapie ocupaţională şi ergoterapie etc.

Toate aceste activităţi se desfăşoară după un program structurat pe zi şi săptămînă, fiind condus de un specialist, cu sprijinul unor asistente medicale şi cu prezenţa intermitentă a medicului. Partipicarea la diverse activităţi este variată în funcţie de recomandările medicale şi de interese. În cadrul fiecărei activităţi se constituie cîte un leader dintre pacienţi, personaj care e deseori folosit şi ca un coterapeut.

La activităţile socioterapice menţionate participă şi cei încadraţi în ergoterapia ambulatorie, precum şi cei internaţi în Staţionarul clinic. Aceştia, odată transferaţi la Staţionarul de zi, continuă şi îşi intensifică participarea la activităţile socioterapice şi după externarea din Staţionarul de zi, realizîndu-se astfel o dispensarizare specială. Ideea de bază este menţinerea unui continuum socioterapic, de la situaţia de internat la cea de reinserat social.

Paralel cu socioterapiile menţionate, în cadrul Staţionarului de zi se desfăşoară concomitent alte activităţi cu implicaţii sociale. În primul rînd au loc discuţii de tip psihoterapic cu familia celui internat ; menţionăm însă că nu s-au desfăşurat însă terapii ale cuplului după metode standardizate. În al doilea rînd semnalăm activitatea întreprinsă de asistentele sociale la locul de muncă al pacientului, pentru clarificarea şi rezolvarea problemelor pe care acesta le are la acest nivel şi pentru pregătirea psihologică a mediului de muncă, în vederea reîntoarcerii sale în activitate.

Un alt aspect constă în susţinerea psiho-socioterapeutică a unui număr de studenţi cu dificultăţi de adaptare la viaţa universitară, mai ales în cursul primilor ani de studiu. În cursul anului 1984, din 37 studenţi integraţi, 33 au promovat cu rezultate bune anul şcolar.

Experienţa noastră de peste 5 ani ne indică faptul că socioterapia efectuată la nivelul Staţionarului de zi dă rezultate bune în consolidarea remisiunii clinice, în readaptarea socio-familială şi profesională şi în recuperare. Studiul asupra unor loturi riguros delimitate şi cercetate prin metode standardizate ne dovedeşte acest fapt.

Bibliografia la autori.

SOCIOTHERAPY IN DAY-SERVICE OF TIMISOARA

Summary

The authors present the sociotherapeutic activity in the day-service of Timişoara. At this level, the in-pacients and the out-pacients are involed in sociotherapy. It realises a continuity of the re-socializing functioning process. The authors present the methods used, and case histories.

PSIHOTERAPIA ÎN CONJUGOPATII

V. Mihăescu, Demetra Pandele

Institutul de Medicină și Farmacie — Iași

CÎND ȘI UNDE ÎNCEPE CUPLUL. EXISTĂ O „PROTOISTORIE“ A cuplului. Aceasta fie se concretizează în realizarea cuplului cu protagoniștii inițiali, fie se va constitui în experiența fiecărui individ ce se va integra într-un cuplu. „Preistoria“ se referă la elemente care țin de familie.

„Protoistoria“ familiei și modelele. R. Vincent (3) dă o frumoasă definiție a familiei: „...grup înzestrat cu caracteristici proprii, care trăiește anumite obiceiuri, care respectă anumite tradiții, chiar inconștient, care aplică anumite reguli de educație, într-un cuvînt care creează atmosferă“. Modelele, deci, le aflăm în obiceiuri, reguli de educație, atmosferă. Ele sînt preluate inconștient, cel dintîi model fiind familia de origine. De cele mai multe ori acest prim model este dătător de sens.

„Protoistoria“ familiei și comunicarea. „Protoistoria“ familiei poate fi citită în ceea ce s-ar numi *rebus,* adică lucrurilor sau în lucruri (de la latinescul „resrei“). Deci ansamblul lucrurilor. Adică : evantaiul punctelor comune, consecvența locurilor cultivate, proiecte de viitor. Acestea explică natura relațiilor, gradul de durabilitate, configurația spațio-temporală a viitoarei familii. Comunicarea se referă la toate și se traduce prin cuvînt, mimică, gest, conduită și se circumscrie în primul rînd partenerilor întru ideal, dar nu exclude și alte persoane. Deci comunicarea exprimă și nuanțează personalități, le opune și le construiește, căci ea oficiază, am spune, integrarea personalității în situația de parteneritate. Că este vorba de „protoistoria“ familiei sau de familie, comunicarea în multitudinea registrelor de obiectivare poate avea ca scop (2) : a. egalizarea informațională între cei doi parteneri ; b. instrumentarea personalității partenerului în vederea desfășurării anumitor activități ; c. descărcarea tensională.

Cînd și de ce se declanșează criza cuplului. Oficierea actului căsătoriei semnifică cea dintîi clipă oficială a istoriei cuplului. Ea poate masca uneori *ad infinitum,* datorită mentalităților, un cuplu asimetric, deși, inițial, toate criteriile convergeau spre simetrie. Poate însă și să accelereze fenomenul de disoluție declanșat cu mult înainte de „prima clipă“, care a evoluat lent sub încorsetarea deprinderilor afective, atașării de situații-obiect, ritual. Declanșarea crizei, am putea spune că infirmă, atît *teoria similarității,* cît și pe cea a *complementarității,* privind alegerea partenerului. Astfel *teoria similarității* se centrează pe ideea că este ales partenerul cu „echipament“ psihologic și psihosocial asemănător. Această alegere se explică prin trebuința de verificare și susținere prin alții a unor multitudini de elemente psihologice proprii, idei, atitudini, opțiuni etc. Cealaltă

teorie, *a complementarității* susține că la baza alegerii partenerului se află „trebuința" pentru o persoană cu caracteristici psihologice complementare. În ansamblul cauzelor care declanșează criza cuplului, ajungîndu-se la conjugopatie, un loc nu puțin important îl ocupă cauzele de ordin biologic.

Psihoterapie și conjugopatie. Deși fiecare cuplu are o viață nepereche, s-au făcut studii asupra tipurilor de căsătorie, realizîndu-se tipologii operaționale. F. C. Cuber (1) caracterizează cinci tipuri ale vieții conjugale : 1. tipul căsniciei celor obișnuiți cu conflictele ; 2. tipul căsniciei devitalizate ; 3. tipul căsniciei pasiv-cordiale (binevoitoare) ; 4. tipul căsniciei vitale ; 5. tipul căsniciei bazate pe relație totală. Numai primele două tipuri pun problema psihoterapiei, căci conjugopatia (adică alterarea multitudinilor de relații din cadrul familiei) se manifestă numai în cadrul lor. Tipul căsniciei celor obișnuiți cu conflictele se caracterizează prin frecvente conflicte, rareori ascunse copiilor, dar puțin exteriorizate familiei. Tipul căsniciei devitalizate actualizează problema discrepanței dintre „primii ani" și „realitatea dintre două vîrste". Desigur că în cadrul tipurilor menționate putem întîlni nenumărate „subtipuri" care focalizează variante comportamentale ce nu sînt străine de profesie, vîrstă, modele culturale etc. Important pentru noi este, pe care coordonată pornește psihoterapia. Fundamentală, din punctul nostru de vedere, este comunicarea. Dacă în „protoistoria" cuplului, comunicarea, în cercetările efectuate de noi pe cupluri, aflate în faza de destrămare, avea în cele mai multe cazuri drept scop, în primul rînd egalizarea informațională (indiferent de domeniu) și descărcarea tensională (cu referire strictă la părinți, prieteni, loc de muncă), mai tîrziu, în fază de criză și evoluție a conjugopatiei, comunicarea capătă alte cîteva trăsături. În principal, în urma investigațiilor efectuate, scopul comunicării îl constituie instrumentarea personalității partenerului în vederea desfășurării anumitor activități, ceea ce semnifică *obiectualizarea* acestuia. Apoi are loc o sărăcire a comunicării atît în reducerea registrelor, cît și în cadrul unuia. De pildă, în comunicarea verbală se constată, pe de-o parte degradarea limbajului, iar pe de alta reducerea lui. Comunicarea nu mai unește, nu mai revitalizează viața cuplului, n-o mai înnoiește, ci dimpotrivă, desparte, devitalizează, declanșează conflicte, altfel latente. Prin prisma acestor aspecte ale comunicării întîlnim și imaginea partenerilor, unul despre altul. Așa că, indiferent de modelul psihoterapiei conjugale ales, fie că este psihanalitic, comportamental, tranzacțional, eclectic etc. în centrul atenției trebuie să se afle *comunicarea.*

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Cuber F.C. : *Family in transition,* ed. S.A. Scolnik, M.J. Scolnik, University of California, Berkeley, 1971, pp. 287—299.
2. Mitrofan N. : *Dragoste și căsătorie,* Edit. șt. și enciclop., București, 1984.
3. Vincent R. : *Cunoașterea copilului,* E.D.P., București, 1972.

THE PSYCHOTHERAPY IN DISTURBED FAMILY RELATIONS

Summary

The author studied 40 marital couples who are in divorce. He considered that the origin of disturbed family relations is in „protohistory" of each marital couple. In disturbed family relations the central element of investigations must be „communication". The author insist on the lines of the communication in disturbed family relations: the impoverishment of communication at oral and emotional level, the degradation of speech and so on. The psychotherapy depends on the above-mentioned elements.

PSIHOTERAPIE ÎN TULBURĂRILE PSIHOSOMATICE

R. Ricman

Spitalul de Psihiatrie — Gătaia

MARILE TRANSFORMĂRI SOCIALE, DEPLASAREA POPULAȚIEI de la sat la oraș, urbanizarea rapidă, modificările ecologice, ritmul rapid dar mai ales dezordonat al solicitărilor au provocat mutații profunde în structura morbidității, în creșterea incidenței așa ziselor boli „de adaptare". Acestea nu pot fi înțelese însă și cu atît mai puțin tratate fără o viziune „nu doar a motivațiilor dar mai ales, a sensurilor ființei umane și a condiției ei actuale determinate în primul rînd de o serie de factori stresanți de natură socială.

Aglomerările urbane fac dificilă, dacă nu chiar penibilă proximitatea imediată a ființelor umane. Agresiunile senzoriale, repetate, sumate constituie un traumatism continuu. În acest univers înghesuit, locuitorii trăiesc însă izolați în apartamentele lor celulare, luminînd propria lor condiție. „Omul este inadaptat biologic mediului pe care singur și l-a creat" spune G. R. Rager. Reacțiile sale de apărare, atît de utile omului primitiv, azi îl distrug progresiv. „Organismul uman al zilelor noastre, spune D. Hanburg, permanent alertat nu poate acționa. Energia eliberată nu poate drena, colesterolul și acizii grași mobilizați precipită la nivelul arterelor fragilizate de descărcări continuie de adrenalină, accelerînd astfel procesul de ateroscleroză, de unde și numărul în creștere al bolilor cardiovasculare. Aceste reacții, simpatice și parasimpatice repetate, stau la originea tulburărilor psihosomatice care se manifestă mai ales în sfera cardio-vasculară, pulmonară și digestivă.

Mecanisme de somatizare în nevroze. Individul e obligat să facă față zilnic unei situații dificile, pe care o suportă greu și care generează o stare de tensiune nervoasă și de anxietate. Pentru a se sustrage acestei situații el o reprimă în inconștient, odată cu dificultățile și chiar emoțiile care o însoțiseră. Aceste conflicte reprimate au însă o încărcătură afectivă deosebită care tinde întruna să reapară în conștiință. Cînd represiunea devine insuportabilă, energia drenează și apare sub forma unui simptom fizic. Boala somatică poate reprezenta mijlocul de a evita o condiție umilitoare, de a se revaloriza în ochii celorlalți, un mijloc de a capta interesul și afecțiunea, de a manevra spre o dependență afectivă, sau din contră, spre o independență narcisică și care, pentru unii, înseamnă „a suferi de o boală".

Nevroza își trage originea dintr-un răspuns inadecvat al bolnavului la dificultățile vieții cotidiene. Pentru un nevrotic boala sa este un refugiu în care își

găsește o securitate psihică. Nevroza îi este, „conștient sau inconștient, necesară". Nevroticul nu se plînge de nevroza sa ci de simptomul care-l face să sufere. „Fundamental, în noțiunea de nevroză, spunea H. Ey, este forma unei existențe patologice semănînd cu existența normală". Motivul pentru care tulburările de origine nevrotică sînt greu de tratat este faptul că subiectul obține totdeauna unele avantaje din boala sa. Vindecarea l-ar obliga să facă față unor dificultăți pe care nu le-ar înfrunta atîta timp cît este bolnav.

Înainte de a aborda indicația psihoterapiei în tratamentul tulburărilor psihosomatice, să vedem mai întîi, foarte schematic, cîteva forme de tulburare nevrotică.

Kierkegaard spunea că „angoasa e realitatea libertății". Există în mod normal la om, o anume angoasă numită de psihologii germani „Realangst" și care reprezintă într-un fel prețul conștiinței noastre. În anxietatea patologică, permanentă, legată de conflicte inconștiente însă, răspunsul biologic, tradus printr-o reacție simpatică și o contrareacție parasimpatică, poate produce cu timpul modificări la nivelul unor sisteme mai sensibile : cardio-vascular, digestiv, respirator.

Devalorizarea isteriei a dus progresiv la refularea pulsiunilor și la blocarea simptomelor lor de drenaj. Dar o nevroză nu dispare așa ușor și ce s-a obținut de fapt nu e decît o deplasare a simptomelor pe poziții mai ușor de apărat, fie în caracter și comportament, fie în boli „autentice".

Așadar două șanse rămîn posibile : cea psihiatrică și cea psihosomatică cu reprimarea, cu refugiul în interiorul propriului corp, în organism. Pentru a ne face mai bine înțeleși, să ne referim la distincția pe care o face G. Rager între trăsăturile esențiale ale histeriei și cele psihosomatice. „Isteria este un limbaj metaforic, ermetic, a cărei cheie bolnavul nu o posedă dar care nu are mai puțin o semnificație simbolică reală. Simptomul e simbolul unui conflict intrapsihic. „Totul se petrece între histeric și interlocutor ca și cum s-ar exprima într-un limbaj codificat cu structurile și legile sale și care fac acest limbaj cifrat comprehensibil fără a fi decodat", spune Brisset. Comportamentul bolnavului psihosomatic este însă cu totul diferit : el ascunde, înăbușă sensul, vrea să evite comunicarea și să se confunde cu impersonalul bolii somatice. O psihogeneză nu mai poate fi decelată într-o somatizare superficială, foarte asemănătoare de fapt unei somatizări isterice. S-ar putea spune că somatizarea apare ca mijloc de luptă împotriva angoasei, dar ocolo unde isteria merge de la angoasă la simptom, psihosomatica merge de la angoasă la leziune și poate chiar la moarte.

Sofroterapia tulburărilor psihosomatice. Unele simptome sînt într-un fel reflexul de suprafață al unui conflict inconștient profund ce favorizează, cum spuneam, drenarea anxietății, tensiunii, ostilității. Suprimarea lor riscă de multe ori, o agravare alarmantă a stării bolnavului pînă la destructurarea parțială a personalității. În astfel de situații *trebuie să se intervină pe conflict și nu pe expresia lui, care va dispare oricum odată cu soluționarea acestuia.*

Numeroase metode psihoterapeutice folosesc tehnici directive în scopul de a liniști, sfătui și dirija bolnavul, pînă la a-l elibera de propriile sale suferințe. Transferul medic-pacient îi conferă un sentiment de securitate amintind de cel al copilului față de adultul care-l protejează și-l ajută în momentele dificile să evite capcanele existenței. Psihoterapia direcțională vizează de obicei o problemă bine delimitată ce perturbă viața bolnavului și-i creează dificultăți raționale. Trebuie evitată totdeauna însă atitudinea autoritară și narcisică a medicului care crede că a înțeles perfect toate problemele bolnavului și căruia vrea cu orice preț să-i impună soluția sa. În orice formă de psihoterapie este necesar

în primul rînd să se liniștească bolnavul care de cele mai multe ori are serioase îndoieli asupra posibilităților lui de ameliorare. La originea acestor rezerve se găsesc adesea false idei despre boală, preluate de la alții, la fel de rău informați, provenind din propria lor imaginație, de foarte multe ori induse însă iatrogenic. La mulți bolnavi psihosomatici, simptomele sînt considerabil amplificate de o polarizare anxiaosă care întreține și amplifică ciclul binecunoscut : tensiune, teamă, durere. Nu vom insista aici asupra mecanismelor psihoterapeutice și nici nu vom trece în revistă nenumăratele modele folosite în lume. Convinși că cea mai bună tehnică este cea pe care terapeutul și-a însușit-o, ne vom referi și noi la experiența noastră sau mai precis la sofroterapie.

Sofronezia lui Caycedo. Fenomenele speciale de memorie obținute în cursul stării sofronice au fost numite de Caycedo „sofromnezice". Aceasta și pentru că autorul a descoperit că sofronizarea permite, în multe cazuri, producerea unei hipermnezii „sui generis" de o importanță terapeutică ce nu presupune folosirea sistemului psihanalitic ortodox. Lucrările lui Caycedo în această privință sînt numeroase. Ne vom rezuma aici doar la o sinteză schematică a principiilor lor fundamentale.

1. Sofromnezia simplă. Caycedo desemnează prin acest cuvînt o metodă foarte simplă și delicată clasic sofrologică. În stare sofronică se cere pacientului să încerce să-și concentreze memoria pe prima amintire a vieții sale. Se trece apoi la interogatoriu după principiul „întrebărilor pozitive". De exemplu, dacă se obține regresia la vîrsta de șase ani, este întrebat care sînt persoanele pe care le iubea mai mult, locurile preferate în vremea aceea. Negativul se obține prin simplă deducție, evitînd astfel cele mai mici traumatisme. Metoda permite astfel obținerea unei anamneze dintre cele mai precise. În multe cazuri se constată o extraordinară creștere a capacității memoriei, fenomen denumit tot de Caycedo „hipermnezie onirică".

2. Sofromnezie onirică. În cursul sofronizării se pot produce însă și fenomene de tip oniric și care pot fi folosite sugerînd pacientului vîrsta la care aceasta urmează să se refere. Subiectul comunică apoi terapeutului conținutul viselor sale.

3. Dialogul post sofronic. Exersînd, din motive economice, sofroterapia de grup, supunem conținutul visului astfel expus de pacient interpretării și discuției celorlalți membri ai grupului, totdeauna modelat însă persuasiv și direct de către psihoterapeut.

Visele obținute în stare sofronică nu sînt niciodată întîmplătoare. Totdeauna semnificativ, scenariul lor poartă adesea cheia, esența chiar a conflictului. Efectul de grup datorat „fenomenului de cîmp" (R. Ricman, „Cîmp Sofronic" — 1980) permite descărcarea tensiunii afective, etalarea și bagatelizarea conflictului, restabilesc și chiar amplifică prestigiul individual, eliberează pacientul de dependența față de terapeut și grăbesc trăirea psihică a libertății umane.

Bibliografia la autor.

PSYCHOTHERAPY IN THE PSYCHO-SOMATIC DISORDERS

Summary

The special conditions of the second half of the 20th century increased the frequency of the „adaptation" disorders. The dream obtained in the sofronical state, doubled by the hypermnesy it produces, permitted to A. Caycedo to achieve the „oniric hypermnezy", an excellent psychotherapeutical method of short duration.

Most of the times the sofronic dreams contains the key, very often the key of the conflict.

The group effect due to the „field phenomenon" and the postsofronic dialogue, encourages the discharge of the affectiv strain, makes the conflict be known, re-establishes and even amplifies the self-prestige, eliberating the patient of the dependence on therapist and makes him experience human liberty.

REALIZĂRI ŞI PERSPECTIVE ÎN ERGOTERAPIA DIN SPITALUL CLINIC DE PSIHIATRIE

M. Cojocaru, M. Baltaru, N. Păruș, C. Postelnicu, M. Șelaru

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

PREOCUPĂRILE PENTRU UTILIZAREA ERGOTERAPIEI ÎN SPITALELE de psihiatrie, au fost, sînt și vor fi o constantă a activității de fiecare zi a acestora.

Raportarea particularităților, metodelor și rezultatelor din fiecare unitate, constituie un prilej de a face un studiu comparativ asupra metodei ca atare, cît și asupra celor mai potrivite forme organizatorice de folosire a sa, în asistența bolnavilor psihici.

În acest sens, la nivelul Spitalului Clinic, am diferențiat o secție pentru program cu profil ergoterapeutic. În cadrul acestei secții s-a utilizat ergoterapia, pornind de la o schemă complexă de recuperare diferențiată a fiecărui bolnav, în raport de restantul său aptitudinal în contextul stării sale clinice, cît și în raport de perspectivele demersului recuperator.

Activitățile ergoterapeutice s-au realizat prin constituirea unui microgrup stabil de 19 persoane, bolnavi cu evoluție prelungită antrenați în diverse profile de muncă curente, de întreținere, în sectorul agricol și zootehnic, în ateliere, seră și altele. Acest microgrup de inducție și referință, a fost completat în permanență de un grup de însoțire de alți 30—40 bolnavi, din categoria bolnavilor acuți, în perioada de post-cură. La această categorie, durata menținerii în activități de ergoterapie a fost dictată de considerente medicale incluse în programul asistenței clinice.

S-a reușit astfel ca în timp de un an, să fie incluși în activități de ergoterapie 250 bolnavi. Pacienții au fost selecționați în cea mai mare măsură din pavilioanele de admisie ale spitalului, dintre persoanele care au demonstrat în momentul trecerii în activități de ergoterapie, capacitate de autoconducție pentru interrelații de spital. Preferințele declarate au fost pentru bolnavii cu evoluție prelungită ajunși într-un stadiu de ameliorare a bolii, compatibil cu încadrarea în ergoterapie, cît și pentru bolnavii acuți aflați în perioade de remisiune. S-au încadrat în ergoterapie, uneori cu rezultate surprinzător de eficiente și bolnavi aflați în expectativa unor explorări sau observații clinice care au necesitat o perioadă de spitalizare, aceștia participînd din proprie inițiativă și solicitare.

Pe durata spitalizării, pacienții au beneficiat de asistență totală în regim de uși deschise, realizînd în fapt o comunitate terapeutică, predominant ergoterapeutică. O asemenea comunitate, își realizează o anumită coeziune de grup și este recomandabil a fi ferită de unele inducții negative, îndeosebi a celor cu manifestări discomportamentale. Aceste persoane, cu precădere personalități patologice, reprezintă un factor de dezagregare a coeziunii și funcționalității grupului, deși nu rareori ei înșiși pot fi pozitiv integrați în grupul terapeutic.

În paralel cu activitățile curente, bolnavilor internați în secție, li s-au recomandat și permis într-un program de inițiativă personală, și activități de tip ludoterapie, artterapie precum și diverse forme de terapie ocupațională.

Distribuția pe categorii de vîrstă a bolnavilor asistați arată că, deși pentru criterii de eficiență, preferințele au fost îndreptate către vîrstele tinere (implicit către persoanele cu o bună condiție fizică), mulți pacienți din cadrul vîrstei a III-a sînt susceptibili de o asistență adecvată cu încadrare în ergoterapie.

Din punct de vedere nosologic, s-a căutat ca în cadrul grupului de însoțire să existe o diversitate de categorii morbide, astfel încît prin prezența în permanență a unor persoane cu opțiuni critice, grupul să aibă întotdeauna posibilitatea unui autocontrol spontan. A rezultat astfel un profil nosologic divers, în care au predominat : psihoze schizofrenice 24,4%, alcoolism cronic 17,6%, psihoze afective 11,2%, oligofrenii 11,2%, tulburări de personalitate 11,2%, tulburări nevrotice 9,6%, epilepsii 8,8%.

În raport de anotimp și ponderea anumitor activități specifice unității, la nivelul colectivului de bolnavi ai secției, s-a căutat formarea unor „subgrupuri", profilate pe principalele direcții de prestare a ergoterapiei în spital.

Pentru creșterea eficienței ergoterapiei, din datele noastre de observație rezultă următoarele :

— în marile spitale de psihiatrie este indicat să funcționeze secții diferențiate pentru ergoterapie ;

— bolnavii internați în aceste secții, este recomandabil să fie selecționați atît după criterii medico-psihiatrice cît și ergonomic-economice ;

— retribuția activităților ergoterapeutice prestate de bolnavi să fie efectuată lunar sau măcar trimestrial ;

— personalul mediu și elementar să fie diferențiat, preferabil chiar specializat, pentru profilele activității ergoterapeutice existente în unitate ;

— pe osatura grupurilor de ergoterapie formate în cadrul secției de profil, pot fi antrenate și utilizate în momentele de vîrf, nucleele de ergoterapie existente în celelalte secții.

În planul de perspectivă al unității, este necesar să se includă crearea unei baze materiale polivalente, cu spații pentru ateliere cît mai diversificate, capabile a fi rapid adaptate și cu eforturi minime, în raport de conjugarea economică și de funcționalitate a unității.

Modelul de activitate ergoterapeutică utilizat de noi, poate fi aplicat cu adaptările de rigoare în marile unități de asistență psihiatrică din țară, profilate cu precădere pentru asistența bolnavilor acuți, cît și în unitățile pentru bolnavi cu evoluție prelungită.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Brânzei P.: Psihoterapie integratoare, Spitalul „Socola", Iași, vol. 1977.
2. Ghelierstein C.G., Tfasman I.L.: Principii și metode de ergoterapie la bolnavii psihici, Edit. Medicina, Moscova, vol. 1964.
3. Pichot P.: Un siecle de psychiatrie, Edit. Roger Dacoste, Paris, 1983.
4. Pirozynski T., Pirozynski Miarka, Gottlieb H., Hrimiuc V.: Funcția relațională a ergoterapiei în asistența medico-socială a bolnavului mintal, Neurol. Psih. Neurochir., 1977, 1, pp. 41—44.
5. Probleme actuale ale reabilitării bolnavului psihic, Edit. I.M.F., Tg. Mureș, vol. 1984, pp. 65—68.

ACHIEVEMENTS AND PERSPECTIVES OF ERGOTHERAPY IN PSYCHIATRIC CLINICAL HOSPITAL

Summary

The authors communicate the results of using ergotherapy in the clinical basis of „Socola" Hospital in Iași, proposing a model of activity in view of organizing and introducing ergotherapy in various forms of psychiatric care delivery.

ERGOTERAPIA — FACTOR DETERMINANT ÎN RECUPERAREA BOLNAVILOR PSIHICI

N. Sîrjiță, Maria Zaharescu, Elena Bucaloiu, Ayssa Elena Arcan

Institutul de Expertiză Medicală
și Recuperare a Capacității de Muncă — București

ÎN ETAPA ACTUALĂ DE DEZVOLTARE A PSIHIATRIEI MODERNE este de neconceput ca în complexul asistenței psihiatrice, să nu fie cuprinsă ergoterapia, care împreună cu psihoterapia și chimioterapia, reprezintă una din principalele metode folosite în vederea recuperării bolnavilor psihici. (1, 5).

Chimioterapia psihotropă apărută după 1952 — a impus practicii psihiatrice însemnate modificări, facilitînd recuperarea, inclusiv reinserția socioprofesională a bolnavilor psihici.

Creșterea considerabilă a morbidității prin boli psihice, cu un indice ridicat de incapacitate temporară de muncă și invaliditate duce la pierderi economice și creează dificultăți pentru individ, familie și societate.

Această situație justifică mai mult ca oricînd orientarea eforturilor în vederea recuperării și reintegrării socioprofesionale a bolnavilor psihici (2, 4, 6).

Făcînd parte din acțiunile medicale de recuperare, ergoterapia se aplică unei largi categorii de bolnavi și anume : celor cu deficiențe fizice cît și bolnavilor, sau deficienților psihici.

Ergoterapia sau terapia ocupațională au drept scop, sustragerea bolnavului de la trăirile sale patologice, favorizarea contactului cu lumea înconjurătoare și crearea unui climat psihic optimal, de liniște, de comunicativitate și sociabilitate.

Ergoterapia, în primele etape de aplicare, poate concomitent să faciliteze catharsisul și să ofere date importante ergodiagnostice. De asemenea poate depista unele aptitudini ce ar servi pentru o eventuală reorientare profesională.

Este necesar ca în funcție de tulburările funcționale și mai ales de restantul funcțional să se aleagă forma de ergoterapie adecvată (ținînd seama evident și de aptitudinile practice, de interesele și înclinațiile celui în cauză).

În dorința de a fundamenta științific indicațiile și contraindicațiile ergoterapiei pe deficienții și handicapații noștri, inclusiv în domeniul psihoterapiei, institutul a întreprins studii sistematice în ultimii ani, pen-

tru a cunoaște solicitările psihice și neuro-psiho-senzoriale ale acestor locuri de muncă, îmbogățindu-se cu noi locuri de muncă, pentru a corespunde aptitudinilor la fel de variate ale bolnavilor.

În acest sens, sociologul F. Stăniloiu a elaborat un studiu cu cercetări și metode de ergoterapie în anii 1977—1978 la bolnavii psihici (7).

Urmărind scopurile și efectele ergoterapiei în cadrul institutului, atelierul de ergoterapie corespunde activităților din domeniile :

— muncă simplă (munci gospodărești, bucătărie) ;
— lucru mecanic stereotip (confecționare de pungi, dosare, plicuri, împletit răchită) ;
— munci care reclamă inițiativă, mobilizare activă (grădinărit) ;
— munci care solicită atenția (croitorie, cusături pe etamină, croșetat, confecționat articole artizanale), mărgele, cordoane, plase, figurine ;
— munci complexe (dactilografiat, țesut la război) ;
— munci care necesită aptitudini speciale ;
— artterapia (desen, pictură, pirogravură, sculptură, traforaj, crestături în lemn, lăcătușerie etc.).

Experiența aplicării ergoterapiei ,la nivelul institutului, ne determină să opiniem că ergoterapia, trebuie să cuprindă pe toți bolnavii psihici, indiferent de diagnostic, care sînt capabili de o activitate productivă (3).

Motivăm aceasta prin faptul că munca antrenează și pune în mișcare complexul mecanism psihologic al bolnavului, valorificînd fiecare funcție în parte făcînd să acționeze, structuri „uitate", înăbușite de boală sau angrenate și folosite într-o ordine nefirească, patologică. Ergoterapia opune acțiunea sa efectelor inactivității cu manifestarea pregnantă a hospitalismului, caracterizat prin plictiseală, pasivitate, resemnare, scăderea interesului pentru mediul înconjurător.

Ținînd cont de asentimentul bolnavului psihic. de pregătirea profesională, de aptitudinile și dorințele sale, pentru ca munca să nu aibe caracter impus — acțiunile ergoterapeutice sînt individualizate diversificate, bazîndu-se pe principiul alternanței și pe gradarea efortului de la simplu la complex.

Menționăm faptul că în ultima perioadă în procesul ergoterapeutic au fost cuprinși bolnavi psihici în majoritate psihotici care din observațiile noastre au preferat — munca artistică respectiv artterapia (desenul, pictura, sculptura) sau lucrul mecanic stereotip (confecționat pungi, dosare).

Astfel, bolnavul C.B. cu dg. : *„Schizofrenie paranoidă"*, în vîrstă de 26 ani cu studii superioare (3 ani facultate electrotehnică) al cărui potențial psihic restant îi permitea doar prestarea unei activități stereotipe, a învățat în atelierul de ergoterapie să confecționeze pungi. Aceasta, în afara sentimentului de utilitate socială îi asigură și independență materială, pentru că în final s-a obținut încadrarea bolnavului la întreprinderea „Cartonajul" cu program de muncă la domiciliu.

Bolnavii cu alte afecțiuni psihice, cum ar fi nevroticii, psihopații cu diverse decompensări, au avut preferințe pentru munci simple (grădi-

nărit, cusături pe etamină, confecționat articole de artizanat, mărgele, cordoane, plase). Remarcăm faptul că majoritatea bolnavilor psihici au optat pentru munci simple cu grad minim de dificultate, manifestînd reticență pentru munci complexe.

Deși am exemplificat cu un singur caz, rezultatele noastre în recuperarea deficienților psihici sînt numeroase și demne de relevat. În cadrul institutului funcționează o echipă multidisciplinară care desfășoară o activitate de recuperare complexă din care face parte și ergoterapia, avînd drept scop final reinserția socioprofesională a bolnavilor psihici și urmărirea catamnestică a fiecărui caz în parte în procesul muncii.

În concluzie, experiența noastră ne face să opiniem pentru atelierele de ergoterapie, din unitățile sanitare, pentru a se evita greutățile întîmpinate cu procurarea materialului și desfacerea produselor pe de o parte, dar mai ales pentru a asigura și o continuitate a demersurilor recuperatorii ale bolnavilor. Ar fi necesar ca atelierele să fie în raporturi contractuale cu cooperativa meșteșugărească, care pe de o parte să comande și să preia produsele, iar pe de altă parte să asigure bolnavilor remiși, apți de activitate în condiții protejate, cu program întreg, un loc de muncă corespunzător. În același timp în cadrul aceleiași relații de colaborare, la recăderea bolnavului respectiv, acesta să fie orientat către unitatea de psihiatrie pentru îngrijirile necesare și eventual reluarea activității în atelierul de ergoterapie.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Anghelescu V.: *Elemente de ergonomie aplicată*, Edit. Politică, București, 1971.
2. Brânzei P.: *Itinerar psihiatric*, Edit. Junimea, Iași, 1979.
3. Drezu D.: Readaptation, nr. 172/1970.
4. Pannier S.: Readaptation, nr. 136/1967.
5. Popescu A.: *Ergoterapia*, Edit. Medicală, București, 1975.
6. Predescu V.: *Psihiatrie*, Edit. Medicală, București, 1976.
7. Stăniloiu F.: Elaborarea de metode și procedee recuperatorii, ergoterapie și terapie ocupațională pentru deficienții psihici (1977—1978).

OCCUPATIONAL THERAPY — DECISIVE FACTOR IN REHABILITATION OF PSYCHIATRIC PATIENTS

Summary

The paper entitled „Occupational therapy — decisive factor in the rehabilitation of psychiatric patients aims at giving a general outlook on the subject of occupational therapy pointing out the activities, functions, forms, effects, fields of reference and prospective development of occupational therapy. The activities, aspects and outcomes of occupational therapy conducted at the werkshop of the neuropsychiatric ward of the Institute of Medical Assessment and Rehabilitation of Work Capacity are presented. The paper aims in the first place to awaken the interest of those directly involved in the subject discussed; certain classifications and recommendations have been included in order to facilitate the understanding of some less familiar aspects.

PROBLEME ACTUALE ȘI DE PERSPECTIVĂ ÎN UTILIZAREA ERGOTERAPIEI LA BOLNAVII PSIHICI CU EVOLUȚIE PRELUNGITĂ

C. Borza, Lorica Borza, I. Călugăru

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

ORIENTAREA MODERNĂ A PSIHIATRIEI PROMOVEAZĂ ALĂturi de formele clasice de asistență, terapia prin muncă, asociată cu caracterul stimulativ al remunerării activității depuse de bolnav. Ergoterapia urmărește la început prin aplicarea stimulilor corespunzători, trezirea interesului pentru muncă și formarea de stereotipuri dinamice, pentru ca apoi, în mod treptat, prin trecerea de la munci simple la altele mai complexe, să se ajungă în final la o reabilitare socio-profesională (4).

În scopul exemplificării modului de utilizare a ergoterapiei în secția exterioară de psihiatrie Răducăneni, prezentăm observațiile culese pe un lot de 46 bolnavi (antrenați în diverse activități) cu forme prelungite de boală, pe o perioadă de 2 ani.

Antrenarea subiecților în ergoterapie s-a făcut pe bază de fișe de ergoterapie (3). Deoarece majoritatea bolnavilor nu figurau cu vreo calificare în muncă (81,25%), după o prealabilă testare aptitudinală, avînd în vedere și afinitățile de grup, au fost repartizați în ateliere, după cum urmează : atelierul artizanal (confecționarea de obiecte din răchită), tîmplărie, fierărie, atelier mecanic, sectorul agro-zootehnic, activități utilitar-gospodărești.

Dintre bolnavii în studiu, 34 sînt femei (76%), iar 12 bărbați (24%). Analizînd distribuția cazurilor pe categorii nozologice, predomină schizofrenia, 47,82%, cu incidența maximă între 25—50 ani, urmată de epilepsie, 23,91%, între 25—44 ani, oligofrenie, 15,21%, între 15—34 ani și psihoza maniaco-depresivă, 13,04%, între 35—60 ani.

Pe categorii de activități, repartiția s-a prezentat astfel : 22 bolnavi în sectorul agro-zootehnic, 9 în activități utilitar-gospodărești, 9 în atelierul artizanal (ateliere mixte), 2 în atelierul de tîmplărie, 2 în atelierul de fierărie și 2 în atelierul mecanic (numai bărbați).

Indicațiile felului și locului de muncă, stabilirea orarului zilnic, s-a făcut după : diagnostic, vîrstă, sex, opțiunea bolnavului și în special după capacitatea funcțional restantă numai sub îndrumarea medicului psihiatru și a psihologului (4).

Urmărirea bolnavilor s-a făcut zilnic de către instructorul de ergoterapie, iar bilunar, medicul și psihologul după examinarea foii de observație ergoterapice și răspunsurile la testele psihologice au stabilit : reacția față de muncă, satisfacțiile și insatisfacțiile în activitate, orele și zilele de muncă efectiv lucrate, timpul afectat încadrării în activitate, randamentul, cantitatea, calitatea produsului, evoluția bolii. Subiecții au lucrat în medie între 2—6 ore/zi.

Din observaţiile noastre rezultă ce cel mai bine s-au adaptat în activitate, următoarele categorii de bolnavi : oligofrenii de gr. I—II, care au fost utilizaţi în munci simple, supravegheate, constituind procentul cel mai ridicat de bolnavi fără întreruperi în activitate. Aceştia sînt conştiincioşi, docili, ascultători, depunînd efort în muncile prestate, dar uneori sînt lipsiţi de iniţiativă, fiind necesar a fi îndrumaţi. La cei cu dificultăţi de adaptare într-un anumit sector de muncă, schimbîndu-li-se profilul activităţii, s-au integrat în noul gen de muncă. Un exemplu : bolnavul P.T. de 36 de ani cu diag. de „Oligofrenie cu tulburări de comportament" utilizat iniţial în sectorul agro-zootehnic manifesta dificultăţi de adaptare în activitate. Integrîndu-l în atelierul artizanal, am reuşit recuperarea potenţialului restant, noua activitate dîndu-i o satisfacţie vizibilă.

Epilepticii, exprimă şi în cadrul ergoterapiei unele din trăsăturile comportamentale ce-i caracterizează, sînt certăreţi, explozivi, abandonează lucrul uşor, dînd naştere uneori la conflicte în cadrul colectivului şi al grupului de activitate, cu toate că în linii mari reuşesc uneori să depună o muncă suficient de susţinută. Au nevoie şi ei de supraveghere. Specificul activităţii lor fiind meticulozitatea, au fost antrenaţi şi în atelierul artizanal cu un randament bun. Întreruperea activităţii s-a produs în perioada decompensărilor postaccesuale.

La schizofreni, activitatea este stereotipă, uniformă, necesitînd în unele cazuri o supraveghere susţinută cu îndemînare la lucru. Uneori, datorită profilului lor psihic, s-a impus asocierea lor cu bolnavi cu forţă necesară stimulatorie.

La cei cu psihoză maniaco-depresivă inconstanţa în activitate, cu părăsirea chiar a locului de muncă, îi caracterizează. Se plictisesc repede, trec cu repeziciune de la un loc de muncă la altul, fapt ce ne-a determinat să-i asociem în cadrul grupului ergoterapic cu oligofreni şi schizofreni.

Din constatările noastre, rezultă că nu este indicat ca microgrupurile ergoterapice să fie formate în exclusivitate din bolnavi aparţinînd aceloraşi entităţi nozologice. Un exemplu ilustrativ este grupul de bolnavi care lucrează în atelierul artizanal, format din 9 bolnavi : 4 cu epilepsie, 2 cu schizofrenie, 2 cu oligofrenie, 1 cu psihoză maniaco-depresivă, liderul fiind M.T. de 39 de ani (cu epilepsie), astfel stabilindu-se interrelaţii socio-profesionale adecvate, cu obţinerea unui randament scontat.

Important este de asemenea tratamentul de întreţinere medicamentos, care uşurează încadrarea şi menţinerea unor categorii de bolnavi psihici în ergoterapie, cu rezultate pozitive în scurt timp şi cu remisiuni de durată. La acestea se adaugă întregul arsenal de măsuri de atracţie pentru bolnavi, în acest sens utilizînd în secţia noastră : literatura prin bibliotecă, programe artistice prezentate de bolnavi, TV, excursii OJT, organizarea judicioasă în scop recreativ a timpului lor liber, etc. (2).

Bolnavii, fiind cu evoluţie prelungită, dezideratul optim a fost reimplantarea, reinserţia lor în mediul familial, urmărind în acest fel şi avînd

în perspectivă valorizarea bolnavului și mai puțin valorificarea lui (1, 3). Astfel am reușit ca un număr de 9 bolnavi să fie redați familiei, dintre care 4 au revenit după 2—3 luni în secție, iar 5 s-au menținut în mediul familial.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Gabris G. : Rev. med. Suisse Ramande, 1984, nr. 104, pp. 15—123.
2. Jonckheere P., Roelants M., Corveleyn J. : Acta psychiat. Belg., 1978, vol. 78, fasc. 3, pp. 429—513.
3. Pirozynski T. : Rev. neurol. psihiat. neurochir., 1977, nr. 1, pp. 41—44.
4. Predescu V. : *Psihiatrie*, Edit. Medicală, București, 1976.

ACTUAL PROBLEMS AND THE PERSPECTIVE USING ERGOTHERAPY IN PSYCHIC PATIENTS WITH LONG-TERM EVOLUTION

Summary

The study was carried out on a sample of 46 patients engaged in various ergotherapic activities in the psychiatry clinic of Răducăneni during a period of 2 years (January 1983 — December 1984).

Taking into account the restant functional capacity of the patients, their behaviour and attitude for work, group congeniality, types of activity and the existing nosologic entities we managed the engagement of 35% of the pacients into ergotherapy. Judiciously combining ergotherapic activities with medicine and social therapy we release to the familiar environment 9 patient from that section.

RECUPERAREA BOLNAVILOR PSIHICI PRIN ERGOTERAPIE AMBULATORIE

V. Ardeleanu, M. Lăzărescu, Domnica Andrei

Clinica de Psihiatrie — Timișoara

VIZIUNEA MODERNĂ ASUPRA DESTINULUI BOLNAVULUI PSIHIC, care urmărește resocializarea și recuperarea sa, a impus și o nouă formulă ergoterapică — ergoterapia ambulatorie (EA).

Compartimentul de ergoterapie ambulatorie (CEA) din Timișoara organizat pe baza HCM 1210/1970 are trăsături specifice atît unei organizații de tip intreprindere cît și unei organizații de tip instituție sanitară bugetară. Prin obiectivele sale CEA răspunde la două comenzi sociale majore ; 1. Recuperarea forței de muncă. 2. Producția nemijlocită de bunuri materiale care intră în circuitul economic al municipiului și județului.

Cadrul organizațional al Compartimentului de ergoterapie ambulatorie cuprinde : — Funcții de conducere : prin șeful Clinicii de Psihiatrie, medicul coordonator al Compartimentului de ergoterapie, asistență șefă a Compartimentului de ergoterapie ; — Funcții de execuție : activitățile ce se desfășoară în ateliere de cartonaj, montaj, tîmplărie, croitorie, artizanat, lot legumicol. Fiecare din aceste ateliere este condus de un instructor. Aceștia supraveghează bolnavii care lucrează și care *nu sînt internați, trăiesc în familie*, participă la procesul de producție beneficiind în același timp de tratament psihotrop, psiho- și socio-terapic diversificat — iar pentru munca prestată sînt retribuiți cu 70% din valoarea manoperei *spre deosebire de bolnavii internați care sînt retribuiți doar cu 30% ;* — Funcții de relație : cu furnizori, beneficiari, organe financiare, organe de control și cu sistemul terapeutic (în general recrutarea forței de muncă, încadrarea pacienților în ergoterapie). — Funcții administrative : plan, organizarea muncii, aprovizionare, contabilitate, magazie, transport.

Modelul organizațional economic nu se opune, ci, dimpotrivă, se subordonează modelului medical, oferind motivația recuperării conform acelorași trebuințe care apar în procesul muncii în orice organizație de tip întreprindere. Activitățile recreative (excursii anuale, serbarea pomului de iarnă, sărbătorirea zilelor onomastice ale pacienților...) au fost și ele organizate ca în orice întreprindere, dar în plan secund. Așa cum în orice întreprindere se sărbătorește pensionarea unui om al muncii, în cadrul E.A. se sărbătorește reangajarea în muncă a unui bolnav.

Prezentăm rezultatele recuperatorii obținute de noi pe un lot de 159 bolnavi, în majoritate schizofreni (115 — 72,32%) într-un interval de 5 ani. La 18,86% din cele 159 cazuri s-a reușit reîncadrarea în muncă.

Pentru investigarea mecanismelor prin care EA își exercită efectul recuperator am studiat comparativ 2 loturi de schizofreni : lotul E (25 cazuri) care au beneficiat de EA și lotul M (24 cazuri) fără EA.

Rezultate, discuții, concluzii — 1) *Munca devine mijloc terapeutic doar dacă este socialmente utilă și deci retribuită.* Astfel încasările CEA-ului Timișoara au fost în 1979 de 709.579 lei iar în 1982 de 829.911 lei. Proporțional, retribuția bolnavilor a fost de 128.048 lei în 1979 și de 191.694 lei în 1982. 2) *EA previne recăderile psihotice în condițiile unor doze reduse de psihotrope.* Bolnavii din lotul E într-un interval mediu de 3,6 ani au avut 1,4 recăderi în medie pe bolnav. Bolnavii din lotul M într-un interval mediu de 3,2 ani au avut 3,29 recăderi în medie pe bolnav. Terapia neuroleptică și alte forme de socioterapie nu este suficientă pentru prevenirea recăderilor. 3) În EA apar și se cer satisfăcute aceleași trebuințe ca în orice întreprindere. În cadrul CEA munca fiind protejată, trebuințele de securitate și de relații interpersonale sînt satisfăcute, rămînînd nesatisfăcute cele materiale, de statut și rol social (22 din cele 25 cazuri din lotul E). Aceste trebuințe au motivat atît activitatea în EA cît și reîncadrarea în muncă. 4) *EA constituie prin ea însăși o recuperare profesională.* În acest caz bolnavii din lotul E au fost inactivi în medie 1,6 ani față de cei din lotul M inactivi în medie 4 ani. 5) *Prin EA se obține o remisiune psihopatologică mai precoce și de mai bună calitate.* În momentul încetării activității din lotul E, 17 schizofreni se aflau în faza activă a bolii, iar din lotul M — 16. După un interval mediu de 2,9 ani de la reîncadrarea în muncă (pentru ambele loturi) din lotul E — 7 prezentau remisiune psihopatologică completă, iar din lotul M nici unul.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Bucur I., Cioflan E., Enache C., Lazăr C.: *Activitatea economico-financiară a întreprinderii*, Edit. științif. și enciclop., București, 1984.
2. Lăzărescu M., Ardeleanu V., Ienciu M., Andrei D., Dragoe C.: Neurol., Psihiat., Neurochir., nr. 3, 1983, pp. 217—223.
3. Rusu C.: *Cadrul organizațional al întreprinderii,* Edit. șt. și enciclop., București, 1983.

RECUPERATION OF PSYCHIC PATIENTS THROUGH AMBULATORY ERGOTHERAPY

Summary

This work tries to present the authors' conception on the organisation of ambulatory ergotherapy (AE) encluded in the psychiatric therapeutical system, that models the organizational and economical scheme of a productive enterprise in a necessary mood, offering thus the psychic patient the motivation for re-entering into the socially standardized work as well as his resocialization.

The authors prove this conception by means of a study over 5 years (1979—1983) in a sample of 159 psychic patients mainly schizophrenics.

ERGOTERAPIA ÎN PROCESUL INTEGRĂRII SOCIALE A BOLNAVILOR PSIHICI DIN CIRCUITUL L. S. M.

M. Georgescu, F. Bătrîn, F. Băşulescu, T. Frîncu

L.S.M. — Arad. Spitalul de Psihiatrie — Arad

ATRIBUŢIILE LABORATORULUI DE SĂNĂTATE MINTALĂ PE LInia optimizării procesului de integrare socială a bolnavului psihic, a dinamicii status-rol, se concretizează atît în acţiuni socio-terapeutice care vizează ameliorarea capacităţii de îndeplinire a rolurilor sociale şi restructurarea posibilităţilor existente în mediile integrative cît şi în constituirea unor medii substitutive compensatoare a deficitului de integrare (ergoterapie, club terapeutic). Ponderea cazurilor cu recomandare pentru ergoterapie în ansamblul acţiunilor medico-sociale este de 32,4%. La bolnavii de schizofrenie intervine întreruperea activităţii (pensionare sau abandon activitate) în 50,8% din cazuri, ceea ce pledează pentru necesitatea ergoterapiei ca mediu substitutiv. Menţionăm totodată că 21,2% dintre schizofrenii dispensarizaţi prin L.M.S. sînt atît neintegraţi profesional (pensionari sau neîncadraţi) cît şi cu dezinserţie familială (divorţaţi sau fără familie proprie), ergoterapia răspunzînd în acest caz nevoii de status, de structură şi sens, de valorizare şi afirmare socială (în prezent 73% dintre participanţii la ergoterapie sînt fie fără familie proprie, fie cu eşec de integrare familială.

Lotul de bolnavi cu recomandare pentru ergoterapie în perioada 1978—1985 include predominant bolnavii schizofreni (între 50—70%), oligofreni. Structura socio-ocupaţională a lotului relevă ponderi importante ale persoanelor fără calificare (între 23,3% şi 42%), ceea ce impune orientarea activităţilor de ergoterapie spre realizarea unor obiective de orientare şi formare profesională ; de asemenea sînt frecvente cazurile fără un status profesional cristalizat (cu vechime zero în cîmpul muncii cca. 20% din cazuri), sau cu o vechime mică în exercitarea unor roluri profesionale (sub 5 ani vechime, cca. 26% din cazuri). Pentru aceştia integrarea la ergoterapie echivalează cu un prim loc de muncă, sau reprezintă o alternativă tranzitorie în espectativa revenirii la un status profesional normal.

Inserţia în mediul protejat al ergoterapiei împiedică regresia spre un status de dependenţă socială, răspunzînd unei motivaţii economice, mai ales a cazurilor cu debilitate mintală, sau la schizofrenii din grupele de vîrstă sub 30 ani, la care îmbolnăvirea survenită timpuriu în biografia individului implică abandonul activităţii (şcolare, profesionale) fără pensionare.

Experimentînd iniţial o paletă mai largă de activităţi manuale, cu solicitări fizice şi psihice scăzute (împletitorie, legătorie, cartonaj) sau cu posibilităţi de manifestare creatoare a individului (pirogravură, atelier de pictură, confecţii —

croitorie) atelierul de ergoterapie s-a profilat pe cîteva activități cu posibilități de colaborare pe bază de contracte, comenzi cu unități economice (cartonaj manual și mecanic, croitorie serie, dezmembrări metale). Deși uniformizantă (raportat la diversitatea nivelelor, profilele de calificare a participanților, semnifciînd uneori o regresie în status), cu discontinuități, nu atît activitatea în sine cît afilierea la grup, participarea la ergoterapie ca structură socială, motivează inserția în mediul de ergoterapie (cazuri de schizofreni, alte psihoze). Există un decalaj între ergoterapie ca mediu de muncă protectiv cu norme și valori specifce (program opțional de maximum 4 ore zilnic, ritm de muncă individual, solicitări simple, constante, climat comprehensiv), și medii profesionale normale. Astfel, reinserția profesională a unor cazuri cu stagiu la ergoterapie este grevată de dificultăți datorate penuriei de locuri de muncă adecvate, unei anumite percepții sociale inadecvate a bolii psihice, încadrării sub nivelul aspirațional al individului, ceea ce necesită demersuri socio-terapeutice complementare (intervenții sociale în mediile de inserție a bolnavului psihic, cooptate la activitățile clubului terapeutic L.S.M.). Caracteristici de integrare pozitivă în sistemul ergoterapeutic (în activitate, adaptare la normele atelierului, adaptare la microgrupul de ergoterapie) relevă posibilități de reinserție socio-profesională a pacienților, dar, de obicei la un nivel inferior celui anterior, sau fără perspective de valorificare superioară a personalității, de dezvoltare în status.

Observarea cazuisticii activînd în prezent la ergoterapie relevă : — existența unor cazuri care, deși prezintă o adaptare constantă la programul redus de 4 ore, cu un randament satisfăcător sau bun, în condiții protective, se caracterizează prin disponibilități scăzute de integrare într-un grup de muncă (fără inițiativă, pasivi, necesitînd control-îndrumări, lentoare în formarea unor aptitudini de colaborare, cu relații conflictuale frecvente sau tendințe la izolare) ; — frecventarea atelierului este în general discontinuă (comenzi neritmice, acuze, oboseală, recăderi) ; — majoritatea cazurilor oscilează atît din punct de vedere al randamentului cît și al adaptării la programul de lucru (între 2—4 ore zilnic) ; — există cazuri cu parametrii nesatisfăcători atît din punct de vedere al activității cît și al raportării la grup, mediul de ergoterapie (tolerant, permisiv, axat pe valorizarea potențelor individuale restante) este singura posibilitate de menținere a unei inserții socio-profesionale. Evaluarea raportului individ-grup de dimensiunea așteptări-satisfacții, denotă predominarea unor comportamente de tip conformist, necesitînd activizare, ameliorarea sociabilității ; grupul răspunde în majoritatea cazurilor nevoii de autocunoaștere, de relaționare, de susținere și confirmare socială ; în acest sens s-a accentuat valențele terapeutice ale grupului prin intensificarea acțiunilor comune, de grup (excursii, momente festive, activități recreative de club).

Ergoterapia se înscrie în sistemul acțional al L.S.M. ca mediu integrativ-substitutiv, orientat spre 1) realizarea unei funcții diagnostic-evaluative (a potențialului restant) calități psiho-sociale, capacitate de efort — în vederea reinserției profesionale) ; 2) realizarea funcției terapeutice — recuperative (răspunzînd unor trebuințe specifice ale personalității, de structură, de sens, de valorizare socială, cultivînd motivații favorabile reinserției socio-profesionale și 3) realizarea funcției economcio-productive, prin intermediul căreia se realizează de fapt celelalte două funcții amintite.

Optimizarea funcționării ergoterapiei ca centru recuperativ — productiv impune rezolvarea unor dificultăți organizatorice (insuficientă diversificare a activităților), financiare (interpretarea reglementărilor în vigoare privind utilizarea mijloacelor bănești pentru ergoterapia în sistem ambulator), privind integrarea și valorizarea ergoterapiei în peisajul economic al municipiului.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Landecker W.S. : Méthodes de la sociologie, Paris, Mouton, Le Haye, 1965.
2. Popescu Al. : *Ergoterapie*, Edit. Medicală, București, 1975.
3. Zórgó B. (red. coord.) : *Probleme fundamentale ale psihologiei*, Edit. Acad. R.S.R., București, 1980.

ERGOTHERAPY IN THE PROCESS OF SOCIAL INTEGRATION OF PSYCHIC PATIENT FROM M.H.L.

Summary

In the dynamic social integration of psychic patient, a multitudinous process (cultural, communicative, functional, authoritative integration), with bipolar orientation, ergotherapy achieves its functionality as substitutive, compensative, integrative medium mainly in the case of schizophrenics „non compos mentises".

Practised since 1978, the activity of ergotherapy in M.H.L. is directed to the achievement of the following functions : 1. recuperative, therapeutic function (ergotherapy responds to the necessity of structure, sense ; it materializes the patient at the idea of his possible coming-back to normal life suggesting new directions of social utilization) ; 2. economic-productive function ensuring the maintenance or the obtaining of a professional status with positive implications in keeping a family adaptation) ; 3. diagnosis — evaluative function (estimation of the outstanding potential with a view to possible professional reinsertion.

Ergotherapy is integrated in the therapeutic and recuperative system from M.H.L. It points out its efficiency through professional reinsertion and through the level of integration of patient in the group of ergotherapy.

SOCIOTERAPIE
ÎN SPITALUL DE PSIHIATRIE GĂTAIA

R. Ricman, Ana-Maria Gheți, Monica Ienciu

Spitalul de Psihiatrie — Gătaia

STATUTUL DE BOLNAV PSIHIC SPOREȘTE, PRIN PREJUDECATA și atitudinea publică față de pacient, hanidcapul psihopatologic. Pentru aceasta, Spitalul de Psihiatrie trebuie să asigure individului bolnav un climat cît mai apropiat mediului său familial, vieții sale de toate zilele.

Vom încerca să schițăm aici cîteva din încercările noastre de a realiza această condiție.

În Spitalul de Psihiatrie Gătaia activitatea ergoterapeutică se referă unui lot constant de bolnavi (76), majoritatea dependenți de spital, Nosologic se încadrează în : oligofrenii, defect schizofrenic, alcoolism cronic, patologie organică (epilepsie, post-traumatice). Psihopatia se exclude prin ea însăși. Majoritatea reprezentată prin bărbați, femeile doar o pătrime. Activitatea se desfășoară în ateliere (artizanat, croitorie, feronerie, legătorie de cărți) și în gospodăria spitalului.

Vom prezenta pe scurt cîteva din observațiile noastre : Dintr-o condiție existențială, dintr-o modalitate de comunicare interumană, munca a devenit nu numai unul din cei mai fideli indici de evaluare a stării de sănătate dar și un veritabil instrument terapeutic. Munca stimulează mecanismele psiho-fiziologice ce întreține structura dinamică a organismului uman ca sistem în sine și pentru sine.

Ergoterapia stimulează restantul normal și inhibă productivitatea patologică (Zeller, 1804). Jentschure arată și el că o serie de manifestări psihopatologice pot fi mult diminuate ergoterapic. Printre acestea enumerăm tulburările de gîndire, ideile delirante, tulburările de percepție, deficitul de modulație afectivă, autismul, tulburările de dispoziție. În acest sens subliniază că de ergoterapie beneficiază în primul rînd psihoticii și în al doilea rînd oligofrenii la care posibilitățile de influențare a procesului psihopatologic sînt mult mai reduse.

Experiența noastră a relevat, într-o serie de cazuri, estomparea trăirilor delirante și a tulburărilor de percepție în urma integrării bolnavilor în atmosfera micro-grupului ergoterapeutic. Activitatea ergoterapeutică antrenează fiziologic organismul ca sistem în propriul său proces de vindecare, permițînd un adevărat schimb substanțial, energic și informațio-

nal cu mediul. Imobilitatea, inactivitatea favorizează introspecţia, focalizează preocupările şi ruminaţiile bolnavului asupra propriei sale infirmităţi. Acestea se sumează la situaţia handicapului său funcţional, la dependenţa socială, la reducerea sau pierderea capacităţii de autoadministrare. Ergoterapia are rolul de a creşte încrederea pacientului în actul terapeutic, de a-i stimula încrederea în sine, de a antrena, modela şi revaloriza persoana bolnavă prin descoperirea unor potenţiale capabile să reeduce sistemele afectate de boală, permiţînd astfel recuperarea, reabilitarea funcţională a bolnavului psihic.

La fel sau poate mai important ni se pare însă realizarea *„climatului ergo-socioterapeutic“*, singurul capabil să învingă sentimentul de inferioritate legat nu numai de suferinţa produsă de boală ci şi de condiţia sa de bolnav, de dependent social. Integrarea în grup poate reda individului bolnav sentimentul apartenenţei şi a utilităţii sale sociale. Acest climat nu trebuie să se rezume doar la atelier, ci şi la modul în care îşi petrece bolnavul restul zilei. Climatul socio-ergoterapeutic trebuie să constituie factorul integrator şi modelator al conduitei individului în condiţia sa de handicapat, el trebuie să fie cît mai familiar bolnavului, cît mai apropiat mediului său, cît mai umanizat şi cît mai umanizant. Trebuie evitat aspectul rece, indiferent, artificial, neprielnic stabilirii unor legături favorabile atît între pacienţi, între ei, instructori şi personal medical. Numai astfel activitatea ergoterapeutică, integrată în socioterapie, poate crea sentimentul de comuniune şi conferi bolnavului un veritabil statut social. Micro-grupul se constituie la nivelul atelierelor dar funcţionează şi la nivelul pavilionului, păstrînd un veritabil statut social, cooptînd noi aderenţi sau rejectînd pe opozanţi. Astfel am reuşit să încadrăm fără probleme dificile acest microgrup constituit prin ergoterapie, în activitatea mai largă ce se desfăşoară la nivel de spital : cultura fizică medicală, dansul şi audiţiile muzicale, cenaclul literar, psihoterapia ambientală, sofroterapia şi şedinţe de psihodramă. Cu excepţia sofroterapiei, care are un specific aparte, toate încercările noastre socioterapice s-au axat şi continuă să se axeze pe un deziderat ce-l considerăm important : nevoia omului de comunicare cu grupul şi angajarea terapeutului într-un proces de asistare a bolnavului destinat să exploreze dificultăţile psihiatrice şi emoţionale, în măsură să aducă uşurarea suferinţei, să ridice încrederea în sine, să creeze o atmosferă de destindere, îmbunătăţirii comportamentale şi relaţii sociale detensionate. Ne vom referi, în continuare, la cîteva secţiuni din acest program : dansul, cenaclul literar, audiţii muzicale, formele combinate.

În genere, am lucrat cu grupuri heterogene şi deschise, deoarece această formulă s-a dovedit eficientă şi n-a întîrziat să-şi releveze avantajele : inter-relaţia dintre membri, creşterea simţului individualităţii corelată cu creşterea sentimentului de apartenenţă la comunitate, reducerea egocentrismului structural sau pasager (imprimat de boală) în favoarea creşterii atenţiei şi a deschiderii spre grup şi o mai largă perspectivă asupra aproapelui.

Poate cea mai neașteptată reușită a noastră a fost aceea a stabilirii unei toleranțe afectuoase față de suferindul cronic transformată apoi, mai în toate cazurile, în solicitudine activă. Aceasta s-a realizat în special în grupurile mari (discotecă, audiții muzicale), la care am extins principiul heterogenității. Așa am putut obesrva la bolnavii angajați în ergoterapie, care au fost bine asimilați și asupra cărora efectul terapeutic a fost cu deosebire evident, o ținută vestimentară mai îngrijită, amendarea deviațiilor comportamentale psihopatiforme, îmbogățirea limbajului, eutimizarea și modificarea pozitivă a dispoziției afective, sentimentul clar, de apartenență la o comunitate și poate chiar, implicit, redarea condiției umane și a propriei individualități. Considerată ca o posibilitate de „distracție" de către ambele categorii, discoteca a devenit, relativ rapid, ceea ce doream inițial, o comunitate în care cei mai puternici îi ocrotesc și-i protejează pe cei slabi, în care cei într-adevăr neajutorați și handicapați dezvoltă în cei ce se credeau astfel (acuții) sentimentul că pot fi utili. Gestul mîinii întinse pentru a dărui, stabilește și păstrează sentimentul de normalitate deteriorat în avalanșa evenimentelor nesemnificative ale vieții cotidiene.

Mulți dintre acuți, mai ales femeile, au inclus, în ecuația lor nosologică, sentimentul uzurii afective, pierzîndu-și astfel încrederea în sine, în propria lor valoare. Și iată că, închistate în frustrarea lor afectivă, găsind dintr-o dată o lume flămîndă de afecțiune, se deschid spre această lume, reînfloresc dăruind și antrenînd și pe cei ce primesc, în recîștigarea blîndeții și a solicitudinii. Priviți cu oroare sau indiferență la început, bolnavii cronici au fost adoptați de cei acuți într-un fel de familie a sufletului. Audițiile muzicale sînt un alt exemplu de grup psihoterapeutic heterogen, activ, ortotimizant.

Conținutul programului s-a dovedit a nu fi atît de important în această formulă, cît sentimentul întîlnirii și al unei atenții speciale acordate pentru că, fiecare avea impresia că i se adresează personal. Atmosfera era vie, antrenantă, și efectul ei optimizant plutea în continuare, în spital, cîteva zile în șir. Același lucru se întîmplă și la cenaclul literar. Grupul este la fel de deschis, la fel de larg, la fel de heterogen.

În toate formele amintite pînă acum se relevă nu doar satisfacerea nevoii de comunicare, de relaționare, dar mai ales atît de firească nevoie de afirmare.

Dobîndind astfel valențe psihoterapeutice și socio-terapeutice, ergoterapia devine o verigă importantă în administrarea terapeutică a bolnavului psihic, o treaptă spre o reală resocializare și recuperare, permițînd bolnavilor reluarea activității în coordonatele existențiale normale sau oferind celor permanent spitalizați un mediu cît mai apropiat vieții sociale din afara spitalului.

Bibliografia la autori.

SOCIOTHERAPY IN THE PSYCHIATRIC HOSPITAL GĂTAIA

Summary

The statute of mental patient increases with the prejudice and public attitude towards the patient and the psychopathological handicap. Therefore the psychiatric hospital must ensure the mental patient a climate which is very close to the family one, an existence which implies human condition.

We tried in the Psychiatric Hospital „Gătaia" to include the ergotherapeutic group in some other psychotherapeutical forms, to subject them to some of these activities, even to organize a „minishow" played by them.

The „democratic" (opened, heterogenous formula of socio-therapeutical meetings encouraged the cohesion of the ergotherapeutic group by extending the relational field outside the workstaff, by implying the pacients in a more „complex" engagement, in order to facilitate a new form of manifestation, not only the stereotypy of the „technological" motion, through a social estimation towards a greater perspective on the group and a warmer opening to the world.

UNELE PREOCUPĂRI ACTUALE ȘI DE PERSPECTIVĂ PRIVIND EFICIENȚA ECONOMICĂ ȘI SOCIALĂ A SPITALULUI ÎN RECUPERAREA ȘI SOCIALIZAREA COPILULUI HANDICAPAT NEUROPSIHOMOTOR

G. Popescu, Ofelia Popoveniuc
Spitalul de Copii Neuropsihici — Siret

SCOPUL PRACTIC AL ACESTEI COMUNICĂRI ESTE DETERMINAT de înțelesul diferit și adeseori limitat pe care personalul medico-sanitar și cel instructiv-educativ îl dau acțiunii de eficiență economică și invers, economiștii celei de recuperare. O activitate eficientă presupune, în primul rînd, ca aceasta să corespundă unei nevoi sociale reale.

Cercetînd lucrurile pentru a răspunde la întrebarea : Cu ce eficiență asistăm și recuperăm în domeniul neuropsihiatriei infantile, răspundem categoric pozitiv, raportînd răspunsul la cea mai importantă cerință a eficienței, aceea de a nu deveni niciodată o formă fără fond, de a corespunde unei nevoi sociale reale, cerință care în cazul spitalului nostru este demonstrată prin :

— Coeficientul demografic relativ mare de handicapați psihomotor ;
— Cererea potențială de internare de multe ori nesatisfăcută.

Ca o cerință socială reală trebuie evaluate la justa valoare problemele pe care le ridică nevoia de permanentă supraveghere a copiilor bolnavi psihic, agravarea unor stări în evoluția lor în mediul familial ducînd cîteodată la o atmosferă insuportabilă prin care se pericliteză echilibrul familiei pînă în momentul în care o îngrijire medicală devine inevitabilă. Repercursiunile pe care această prezență o are asupra familiei, sustragerea din circuitul productiv a unei forțe de muncă validă din familia copilului bolnav, permanenta grijă față de copil, astenizează întreaga familie.

De aceea spitalizarea pare a fi o soluție pentru familie, pe anumite perioade de timp. Spitalul oferă un teren propice de cercetare practică pentru clarificarea unor probleme teoretice în colaborare cu institutele și clinicile de specialitate care au posibilitatea de a evalua eficiența unor noi metode terapeutice și de profilaxie, permițînd în același timp observarea unor reacții secundare precum și alte studii care înregistrate sistematic pot deveni ulterior disponibile unor analize și concluzii adecvate.

În direcția instructiv-educativă se realizează o și mai bună continuitate și unitate a procesului educativ pe diferite trepte prin diferențierea activității în raport cu particularitățile de vîrstă, preocupările copiilor și înfiriparea unei profesionalizări.

În această ordine de idei putem arăta că decalajele de vîrstă creează între copii relaţii cu caracter familial, cei mari au grijă de cei mici şi se simt ocrotitorii lor, situaţie care atenuează într-un fel hospitalismul care în cadrul marilor aglomerări de bolnavi din spitale îşi poate afirma uneori prezenţa.

Complexitatea problemelor de rezolvat, faptul că înfiriparea şi afirmarea socială a unui copil bolnav psihic se trudeşte ani lungi, astfel cum — pe alt plan — pentru un grăunte de diamant se cern tone de minereu brut, face ca activitatea de recuperare să reclame însemnate cheltuieli materiale şi forţă de muncă.

La întrebarea pe care ne-o punem : justifică rezultatele obţinute, volumul resurselor utilizate pentru obţinerea lor ? răspunsul trebuie să promoveze severul filtru al examenului social.

Societatea socialistă, viguroasă, optimistă şi profund umanitară nu numai că nu se resemnează în faţa unui handicapat dar, în speranţa atenuării şi ameliorării situaţiei acestor bolnavi şi a familiilor lor investeşte fonduri serioase fără a considera că aceste cheltuieli fac parte din categoria celor ineficiente.

Aici însă, creşterea eficienţei este subordonată în primul rînd criteriilor umane care sînt preponderente în sensul că, oricît de mare ar fi pierderea economică pentru societate, alinarea suferinţelor atît a copiilor cît şi a părinţilor este mai importantă.

Un optim social-uman este şi un optim economic. Inserţia în societate a unui astfel de adolescent este o valoare socialmente necesară unei vieţi autentice omeneşti. De aici rezultă că societatea, comunitatea îşi recunoaşte răspunderea ce o are privind ocrotirea acestor copii şi a susţinătorilor lor, o statuează ca o problemă socială importantă şi o realizează în funcţie de arsenalul mijloacelor terapeutice mereu sporite.

Pentru a obţine o eficienţă mai mare în recuperare este important a fi depistat precoce copilul handicapat şi cuprinderea lui într-un tratament adecvat şi obesrvaţie în mediul spitalicesc şi să existe o colaborare permanentă în această direcţie între obstetrician, pediatru, psihiatru, psiholog, genetician, defectolog, kinetoergoterapeut, educator, sociolog, personal de teren, prin consult în echipă, în unele cazuri întinzîndu-şi mîinile şi priceperea lor peste pătuţul copilului bolnav în numele colaborării ştiinţifice, spre binele şi însănătoşirea celui suferind. În acest caz nu vom dispera şi nu vom dezarma în faţa greutăţilor oricît de anevoioase vor fi ele privind tratamentul şi recuperarea acestor copii.

Pe lîngă spaţii şi aparatură de specialitate este necesar în primul rînd să pregătim şi să selecţionăm diferenţiat prin toate mijloacele posibile, un personal căruia să-i placă această meserie, care să fie antrenat cît mai mult în asistenţa şi recuperarea handicapatului, să cunoască pedagogie specială, să fie om de suflet, de omenie, care să se dăruiască total acestui scop nobil dar deosebit de dificil. Este necesar să efectuăm o educaţie susţinută de combaterea atitudinii unor părinţi care îşi abandonează propriul copil în spital, pentru ca aceştia să ţină legătura permanentă cu unităţile de profil unde este internat bolnavul, să nu-l uite, să nu se înstrăineze de acesta. De asemenea va trebui să se găsească o soluţie mai operativă privind inserţia copiilor în societate după ce şi-au însuşit o meserie utilă.

Concluzii : 1. Spitalul de neuropsihiatrie are rol hotărîtor în recuperarea copiilor handicapaţi neuropsihomotor şi în crearea unui climat de liniște a părinţilor, dacă este încadrat cu personal calificat şi devotat, acestui scop.

2. Pentru o eficienţă mai mare în recuperare, este necesară captarea interesului părinţilor, instruirea periodică a lor şi cooperarea cu ei în conducerea tratamentului, în retragerea mai frecventă a copiilor în familie şi comunitate pentru a nu se pierde afectivitatea dintre ei.

3. Este necesară reglementarea printr-un act normativ unitar, facilitatea trecerii cu mai multă uşurinţă de la o unitate la alta în raport cu gradul de handicap, vîrstă şi nivel de recuperare, care să prevadă şi modul de integrare profesională a copiilor ajunşi la maturitate.

4. Pasiune, răbdare, eficienţă şi economicitate în îngrijirea medicală şi recuperare, acordîndu-i posibilitatea fiecărui handicapat în limita posibilului de a fi testat la timp, recuperat şi inserat în societate.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Aldea M., Popescu Al., Lăpuşan I. : Grija faţă de omul bolnav, umanizarea condiţiilor de spitalizare, în vol. la a IV-a Consf. a cadrelor ec. din sect. sanitar, 1976, pp. 6—11.
2. Pescaru Alex. : *Informaţie şi conducere în sănătatea publică,* Edit. Dacia, Cluj-Napoca, 1971.
3. ★ ★ ★ : L'hôpit. d'aujourd'hui, 1969, vol. XV, nr. 9, pp. 10—11.
4. Phelps W.R. : Amer. Journ. Ment. Defic., 1965, t. 69, nr. 4. pp. 575—585.
5. Popescu Al. : *Ergoterapia — organizare, finanţare, desfăşurare,* Edit. Medicală, Bucureşti, 1975.

SOME ACTUAL PREOCCUPATIONS REGARDING ECONOMIC AND SOCIAL EFFICIENCY OF RECOVERING AND SOCIALISATION NEURO-MOTOR HANDICAPPED CHILD

Summary

A recovery hospital for neuropsychomotor handicapped children corresponds to a real social necessity. Created and acted according to the humanism of our society, it dispenses the interested families by a difficult problem, it satisfies the necessity of our society of integration and recovery of some of its members, it reveals the initiative of an insufficient investigated pathological profile, and creates the proper conditions for these patients.

All these justify the expenses which our society grants for these children's care on an average 21.903 lei per 1 year.

On internal level it insists on a large interdisciplinarity approach of this care especially a close cooperation between psychiatrist, psychologist, pediatrist, educator, etc.

PREMISE TEORETICE ȘI METODOLOGICE ALE PSIHOTERAPIEI EXISTENȚIALIST-UMANISTE

Tatiana Dorofte

Institutul Politehnic „Gh. Asachi" — Iași

MIȘCAREA EXISTENȚIALIST-UMANISTĂ REUNEȘTE UN NUMĂR apreciabil de tendințe teoretice și metodologice, adesea eterogene și uneori lipsite de consistență științifică ce au drept elemente comune, alături de puternica dimensiune umanistă a terapiei, natura idiografică a abordărilor și accentul pus pe metodologiile subiective (1). Sub această denumire pot fi regăsite o serie de concepții asupra personalității și psihoterapiei mai mult sau mai puțin conturate, dar relativ distincte între ele, cum ar fi : psihoterapiile neo-freudiene, bioenergetica, psihoterapia rogersiană, analiza youngiană, grupul de întîlnire.

Ca și modelul terapeutic al dinamicii de grup, acest model este psihanalitic în privința conceptelor sale de bază. Ceea ce este nou e sublinierea conceptelor ontologice care se referă la ființa pacientului și la „ireductibilitatea fundamentală a existenței sale psihologice (2). În planul procesului terapeutic acest principiu va conduce la adaptarea unei atitudini a terapeutului ce va permite o mai mare deschidere și o expresie emoțională autentică, intensă din partea pacientului.

Psihoterapia existențialist-umanistă își propune, prin mijloacele sale specifice, să orienteze dezvoltarea personalității în direcția maturității, competenței și auto-realizării. Nevroticul societății moderne este un om care a pierdut sensul propriei sale existențe deci psihoterapia trebuie să-l ajute să-și descopere, să-și recapete țelul și utilitatea sa ca om și ca ființă socială.

Condiția esențială a psihoterapiei, după aprecierea lui Bugental (3), o constituie *autenticitatea*. Există în opinia acestui autor, trei caracteristici ale existenței autentice : a) a fi deplin conștient de momentul prezent, b) să alegi cum să trăiești momentul, c) să-ți asumi responsabilitatea alegerii.

Pornind de la ideea că îndată ce un om este conștient de ceea ce e într-un anumit moment el are posibilitatea de a se schimba, psihoterapia umanist-existențialistă are ca scop mărirea conștientizării și astfel extinderea posibilității de alegere liberă și responsabilă în pri-

vința propriei direcții de viață. Subiectul trebuie să-și asume responsabilitatea și să-și aleagă singur calea propriei sale dezvoltări pentru că în fond, „centrul nevrozei omului modern" îl constituie distrucția experienței sale de sine-însuși, ca ființă responsabilă și („uzura voinței și deciziei sale") (4). Dar acceptarea acestei responsabilități nu este o problemă simplă. Psihoterapeutul, în virtutea unor prejudecăți moștenite de la modelul terapeutic clasic, este adeseori înclinat de a acționa asupra tendințelor pasive ale pacientului, erijîndu-se în agent de decizie. Se întîmplă de asemeni să se caute cineva sau ceva care să fie făcut responsabil de problemele subiectului. Adoptarea unei asemenea atitudini, departe de a ajuta pacientul să se schimbe, dimpotrivă va duce la accentuarea stării de dependență afectivă a acestuia și deci la perpetuarea comportamentului său nevrotic.

Tendința pacientului de a renunța la propia sa responsabilitate și putere de voință nu apare doar în psihoterapia existențialistă ci este frecvent întîlnită în alte tipuri de terapie aparținînd celor mai diferite orientări. Atîta timp cît atitudinea terapeutului în relația de ajutor se va sprijini pe presupozițiile fundamentale ale modelului medical, pacientul va fi tentat să abandoneze poziția de agent care decide și să considere că alții și nu el, sînt responsabili de propriile sale probleme (5). De altfel, o serie de studii specializate indică faptul că pacienții orientați în psihoterapie după modelul medical manifestă atitudini de dependență față de psihoterapeut și de diminuare a sensului responsabilității personale (1).

Psihologia umanist-existențialistă propune o nouă perspectivă asupra conceptului de boală mentală și odată cu aceasta o reconsiderare a actului terapeutic. Față de modelul terapeutic medical care punea accentul pe psihopatologie, pe cauzele organice și inconștiente ale dezordinii mentale (8) și pe această bază considera pacientul ca nefiind responsabil de propriul său comportament, noua orientare își va îndrepta atenția asupra a ceea ce este sănătos în individ, asupra tendințelor sale pozitive și a resurselor de progres (8).

Boala mentală, consideră psihologii umaniști, își are de cele mai multe ori cauze de ordin psihologic sau social. „Solitudinea, izolarea, alienarea, lipsa sensului existenței sînt reflexe ale problemelor societății noastre", arată Rolle May (9). De aceea, chiar linia de demarcație între normalitate și nevroză clasică tinde să se estompeze. Trăsăturile nevrotice, atunci cînd există, sînt în mod semnificativ generate de viața de zi cu zi a individului respectiv. Astfel terapia va fi concepută nu ca *vindecare,* prin intermediul tratamentului medicamentos, al electroșocului sau al altor proceduri psihiatrice, ci ca *educație* sau formare în sensul valorificării cît mai depline a forțelor pozitive înnăscute ale individului. O consecință directă a acestui fapt va fi, după cum observă Elena Zamfir, „democratizarea" relației terapeutice. Se știe că relația terapeutică clasică creează o inferioritate pacientului, care la rîndul ei poate induce frustrația, în orice caz pasivitate, supunere. Prin contrast, psihologia umanistă va propune o situație de egalitate, gîndită ca o precondiție a angajării pacientului, a participării lui active la re-

construcția propriei sale personalități. „În fața unui terapeut care nu caută nici să domine, nici să explice, el pierde obișnuința de a vorbi despre sine în termeni mecanici sau aceea de a se refugia într-un mod inautentic de a fi. El este incitat să fie o persoană și nu un obiect de știință sau un inadaptat.

Un avantaj incontestabil al modelului de orientare umanistă îl constituie sublinierea responsabilității personale a subiectului în rezolvarea problemelor proprii și o micșorare a dependenței față de terapeut. În această ordine de idei, James Morrison citează o serie de studii prin care se demonstrează că atitudinile psihologice congruente cu psihologia umanistă sînt în mod nemnificativ articulate cu atitudinile care reflectă sensul responsabilității personale.

Psihologia umanistă consideră că voința și decizia sînt condiții esențiale ale integrității psihice a persoanei. Un om incapabil de a-și asuma responsabilitatea propriilor sale acte nu va demonstra niciodată independență, autonomie, autodeterminare, nu va fi orientat spre creștere psihologică. De aceea se cere terapeutului să preîntîmpine orice încercare a subiectului de a se plasa într-o situație de dependență.

Sarcina terapeutului existențialist este de a încerca să înțeleagă subiectul în mod autentic și să îl accepte ca persoană. Se creează astfel o atmosferă de permisivitate și deschidere care pare să minimalizeze mecanismele de apărare ale subiectului și să faciliteze autoexprimarea și autoexplorarea sinceră a acestuia. Terapeutul va trebui să privească pacientul prin prisma cadrului de referință al acestuia și nu în lumina doctrinei sale. Aici, susține Rollo May, rezidă fundamentul psihoterapiei existențialiste : „a vedea bolnavul așa cum este în mod real, a-l descoperi ca ființă umană, ca ființă în lume și nu ca simplă proiecție a teoriilor“ (9). Suprimînd orice cadru teoretic sau conceptual, terapeutul umanist va avea posibilitatea să surprindă pacientul în unicitatea existenței sale, fără riscul de a denatura universul singular al acestuia. Unicul său instrument, nu va fi vreo tehnică oarecare de a influența subiectul ci propria sa autenticitate. După cum se poate observa, accentul este pus în întregime pe *relația* terapeutică, concepută ca o veritabilă „întîlnire“ de la om-la-om (person-to-person). În cadrul acestei relații tocmai experiența personală nouă și prezența autentică a terapeutului vor antrena procesul de schimbare a subiectului.

Față de psihanaliză care consideră că accentul trebuie pus pe interpretare și explicație, psihoterapia umanist-existențialistă susține că subiectul nu are nevoie de explicație ci de o experiență autentică.

Experiența individului în psihoterapie trebuie să fie centrată pe „aici și acum“. Trecutul, în aprecierea lui Rollo May, deși nu este total neglijat, este luat în considerare numai în măsura în care este important pentru prezent și pentru viitor (13). Se subliniază aici importanța deschiderii mărite și a participării efective a subiectului la experiența prezentă și în același timp eliberarea sa de obstacolele și prejudecățile trecutului, care pot constitui o frînă în calea adaptării sale actuale. Această participare a subiectului la prezentul experienței sale este opusă atitudinii de rigiditate și de apărare și favorizează eliberarea potențelor sale de creație și dezvoltare.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Bugental J. Ft. : *The Search for Authenticity. An Existential-Analitic Approach to Psychotherapy,* New York, Holt Rinehart and Winston, 1965, p. 45.
2. Dorofte Tatiana : *Viitorul psihiatriei,* „Socola", Iași, 1980.
3. May Rolle : *Le désir d'être,* Epi.. Paris, p. 52.
4. Morrison James : Journal of Humanistic Psychology, vol. 19, nr. 4/1979.
5. Shaffer E.P. John — M. Danig Golinsky, Prince-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1974, p. 6.

THEORETICAL AND METHODOLOGICAL PREMISES OF EXISTENTIALIST-HUMANIST PSYCHOTHERAPY

Summary

Considering that existentiaal philosophy had but little influence upon existential-humanistic psychology, the author demonstrates that this new orientation combines aspects belonging both to existentialism and to humanism into an original manner without exceeding their limits.

The particular popularity of theoretical and methodological tendencies gathered under the term of existential-humanist psychology is not justified by their rigorous and coherent scientific character but mainly by their opening to areas neglected by traditional psychology : fulfilment of positive human resources, self-achievement, creativity, autonomy, responsability.

VALOAREA ȘI LIMITELE MODELULUI EXISTENȚIALIST-UMANIST AL PERSONALITĂȚII ȘI PSIHOTERAPIEI

Tatiana Dorofte

Institutul Politehnic „Gh. Asachi" — Iași

ANALIZÎND CARACTERISTICILE DEFINITORII ALE PSIHOLOGIEI existențialist-umaniste Greening (1) consideră că această orientare combină într-o manieră originală aspecte aparținînd atît existențialismului cît și umanismului, ferindu-se însă de a prelua și limitele vreuneia din sursele sale. Astfel, deși preia o serie de concepte existențialiste este mult mai afirmativă decît existențialismul. De asemeni include postulatul umanist conform căruia omul posedă un imens potențial de a se transforma pe sine, de a înlătura obstacolele inerente existenței și de a se dezvolta deplin.

Într-adevăr, trebuie să observăm că filozofia existențialistă n-a exercitat decît influențe minore asupra acestei orientări. Chiar dacă psihologia existențialist-umanistă include recunoașterea existențialistă a alegerii sau libertății, chiar dacă există o serie de teme comune — de exemplu accentul pus pe activitate sau pe unicitatea persoanei — se constată că ele sînt interpretate radical diferit. De altfel putem remarca diferențe de ordinul contrastelor între existențialismul filozofic european și așa-zisul „existențialism" preluat de psihologii umaniști :

— tendințele existențialismului umanist sînt mult mai optimiste în orientarea lor decît cele ale filozofiei existențialiste care este excesiv preocupată de angoasă, teamă, disperare sau decepție ;

— Mitul perfectibilității omului promovat de psihologii umaniști contrastează în mod evident cu modelul omului condamnat la o viață lipsită de sens, sugerat de existențialismul filozofic ;

— tragica libertate a omului subliniată de filozofia existențialistă în opoziție cu libertatea și responsabilitatea omului de a-și construi propria viață în sensul dezvoltării celor mai înalte potențialități ;

— tema absurdului — centrală în filozofia existențialistă — este absentă în psihologia umanistă.

De asemenea, trebuie să observăm că în timp ce existențialismul pur rămîne preocupat în exclusivitate cu subiectivitatea insului, terapia umanistă aduce un plus de apropiere de lumea externă, obiectivă.

În pofida remarcabilei popularități și a recunoașterii unanime a contribuției orientării existențialist-umaniste la apariția unor noi direcții de psihologie și psihoterapie, în psihiatrie și educație sau în alte ramuri ale activității sociale, multe din ideile și formulările sale sînt adesea controversate, acceptate cu rezervă sau pur și simplu respinse.

Una din criticile aduse frecvent modelului existențialist-umanist al personalității și psihoterapiei, o constituie lipsa oricărei expuneri sistematice a principiilor sale teoretice și metodologice precum și absența unor strategii bine definite ale psihoterapiei. Chiar dacă reprezentanții acestei orientări recunosc ei înșiși caracterul fragmentar și difuz al concepției promovate de ei, încercînd să justifice astfel o atare stare de fapt, prin această declarație nu este lămurită problema lipsei de rigoare științifică și metodologică.

În marea lor majoritate lucrările psihologilor umaniști abundă în formulări generale, filozofice și puțin verificabile. Argumentele empirice și descrierile fenomenologice tind să se substituie unor analize riguroase bazate pe definiții operaționale și pe ipoteze testabile.

Cel mai adesea umaniștii își propun în mod deliberat să elimine din arsenalul lor conceptual acele noțiuni ce ar putea avea vreo legătură cu pozitivismul psihologic. Din dorința de a se îndepărta de modul de abordare mecanicist-determinist, propriu behaviorismului și psihanalizei, ei și-au construit un limbaj specific, de factură mai degrabă filozofică decît științifică. De aici derivă și tendința multor specialiști de a considera această orientare mai mult ca o filozofie decît ca o știință (3).

Trebuie să notăm că în ceea ce privește psihologia existențialist-umanistă nu există decît primele jaloane ale unui mod distinct de reflexie. Cu excepția proiectelor comune și a declarațiilor de intenție, extrem de îndrăznețe și promițătoare de altfel, cu greu putem distinge un sistem teoretic și metodologic închegat și coerent. Lipsa de unitate este pregnantă atît sub aspect ideatic cît și sub aspect terminologic.

Datorită atitudinii de respingere sistematică față de utilizarea unor tehnici sau unor procedee standardizate în practica psihoterapeutică, psihologii umaniști nu sînt în măsură să ofere un ansamblu de mijloace eficace și transmisibile care să transforme munca terapeutului într-un demers de tip științific. Deși se vorbește uneori de „forme caracteristice ale practicii terapeutice“ (2) printre reprezentanții acestei orientări, modurile de abordare ale problemelor pot diferi foarte mult. Într-o privință totuși, toate sînt similare : schimbările cu caracter personal sînt posibile numai grație unor tratamente intensive și pe termen lung și prin descoperirea și restructurarea mecanismelor ce permit subiectului dezvoltarea în sensul maturității și creșterii psihologice. Dar procedura concretă a curii terapeutice rămîne într-o largă măsură la latitudinea practicianului.

Printre limitele distincte ale acestei orientări trebuie să semnalăm și viziunea deformată asupra rolului factorilor sociali în generarea structurilor nevrotice ale personalității. Deși se admite în mod formal importanța contextului social în cristalizarea structurilor psihologice normale sau patologice ale persoanei, accentul este pe factorii individuali sau, în cel mai bun caz, pe „microclimat“. Astfel, rădăcinile nevrozei nu sînt căutate printre condițiile sociale specifice societății de tip capitalist, care prin însăși esența sa generază înstrăinarea, ci la nivelul modului particular de viață al unui individ dat. De aici derivă și convingerea că majoritatea problemelor umane s-ar putea rezolva prin simpla sensibi-

lizare a oamenilor pentru o dezvoltare orientată spre libertaate de expresie, autonomie, autenticitate, creativitate, realizare personală. Se poate spera că astfel de valori pot fi promovate în mod real fără nici o oprelişte, într-o societate caracterizată chiar şi de umanişti ca „maladivă" ? Prin această abordare superficială a condiţiilor sociale ale formării şi schimbării personalităţii, psihologia umanist-existenţialistă prezintă o viziune îngustă, utopică, de factură idealistă.

În ciuda numeroaselor scăderi şi minusuri pe care le prezintă, psihologia umanist-existenţialistă are şi o serie de merite ce nu pot fi ignorate.

Atenţia acordată naturii umane, sublinierea rolului relaţiei între subiect şi terapeut, libertatea subiectului de a decide asupra propriului său destin reprezintă aspecte nesemnificative, neglijate de alte orientări.

Concepţia asupra personalităţii naturii umane, deşi simplistă şi adesea incompletă are meritul de a fi adus în prim-planul preocupărilor psihologiei atributele definitorii ale realităţii umane : procesele de autodefinire şi auto-realizare, potenţialul creativ, marile disponibilităţi pentru relaţii umane pozitive. Desigur, această imagine extrem de optimistă a omului creată de psihologia umanistă este justificată în mare măsură de încercarea de a compensa opiniile prea negative despre om din concepţiile freudienilor clasici.

Dar dincolo de această „raţiune istorică" a exagerărilor de factură prea optimistă, tentativa orientării umanist-existenţialiste de a se concentra asupra celor mai înalte caracteristici ale omului rămîne un merit incontestabil al acestei concepţii, chiar dacă psihologia, în stadiul ei actual de dezvoltare nu a fost capabilă să ofere mijloacele necesare pentru abordarea lor riguros ştiinţifică.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Greening T. : Existential Humanistic Psychology, Monterey, Cal : Brooks Cole, 1971, p. 9.
2. Kinget M. şi Rogers C. : Psychoterapie et relation humaine, Publications universitaires, Beatrice-Nouwelaerts, Louvain, Paris, 1971, pp. 5—7.
3. Zamfir Elena : Op. cit., p. 112 şi Carey, Gerald F. : Theory and Practice of Counceiling and Psychotherapy, Brooks Cole, 1976, pp. 50—51.

VALUE AND THE LIMITS OF EXISTENTIALIST-HUMANIST MODEL OF PERSONALITY AND PSYCHOTHERAPY

Summary

In the present paper, the author examines several important characteristics of the existential-humanistic therapeutic conceptions. Considering that the neurotic of the modern society is the man who has lost the sense of his own existence, the existential-humanistic psychology and psychotherapy tries, through its specific means, to direct the development of the personality to its maturity, proffiсiency and self-achievement.

Here we can distinguish a new view of the mental disease concept and at the same time a reevaluation of the therapeutic act. Mental disease, consider the humanist psychologists, appears mainly because of psychologic and social causes, being generated by individual day-to-day life.

MEDICINA OMULUI SĂNĂTOS ÎN FAȚA ÎNTREBĂRII : PREVENIM SAU TRATĂM BOLILE ?

A. Ivan, Gr. Teodorovici

Institutul de Medicină și Farmacie — Iași

LA PRIMA VEDERE AR FI VORBA DE O ÎNTREBARE FĂRĂ LOGICĂ. Și totuși... prevenim sau tratăm ?!

În epoca modernă cînd despre medicina omului sănătos (medicina preventivă) se vorbește atît de mult, evidențiindu-se implicațiile medicale și socio-economice ale acesteia, întrebarea dacă prevenim sau tratăm este nu numai logică dar și deosebit de semnificativă.

Omul tuturor timpurilor de la naștere și pînă la vîrsta senectuții, a acționat în mod diferit dar perseverent pentru a-și proteja sănătatea evitînd sau moderînd pe căi variate, acțiunile agresionale ale factorilor proveniți din mediul natural și social-economic (ecosistemul uman). Omul încearcă și deseori reușește pentru perioade mai lungi sau mai scurte de timp să-și creeze echilibre homeostatice care să-i permită o armonioasă și sanogenă integrare în ecosistemul uman global.

Cu toate acestea, bolile transmisibile și netransmisibile au însoțit din totdeauna existența omului și i-au perturbat-o. Aceeași situație o constatăm și în prezent însă ea este dependentă de noua configurație a ecosistemului uman.

Existența omului nu poate fi concepută fără prezența bolilor, care în mod natural exprimă însăși complexitatea biologică a ființei umane și diversitatea relațiilor omului cu structurile ecosistemului său.

Bolile apar astfel ca manifestări ale „eșecurilor" adaptative și a „insuccesele" în lupta cu agresiunile biologice, chimice și fizice.

În acest context, cu aspecte variabile de la o etapă la alta a evoluției societății omenești, se pune întrebarea : prevenim sau tratăm stările de „eșec" adaptativ pe care obișnuit le numim boală ?

Pentru a răspunde la această întrebare este necesar să ne reamintim că medicina la începuturile sale a avut caracter preventional întrucît mijloacele terapeutice lipseau, iar pe măsură ce acestea au devenit disponibile s-au conturat noi raporturi între preocupările de prevenire și cele pentru tratarea bolilor. Primele erau accesibile la nivel populațional, puțin costisitoare și eficiente, cele din a doua categorie rămîneau a fi apanajul unor „dotați" și beneficiarii erau puțini și în general, în situații de gravă degradare a sănătății.

Sesizînd aceste raporturi între prevenire și tratare, Hipocrat ne-a lăsat cunoscutul dicton : „Este mai ușor să previi decît să tratezi o boală“ iar cu peste un mileniu în urmă din medicina arabă ne-a rămas precizarea că : „scopul medicinei este de a întreține și a apăra sănătatea și uneori de a o vindeca“.

Dacă existența omului este însoțită, în mod inevitabil, de boli, atunci se înțelege că preocuparea pentru asistența omului bolnav a fost și rămîne unul din țelurile nobile, umanitare ale medicinei.

Umanismul medicinei nu poate fi însă identificat cu preocuparea de a-i da omului „șansa“ de a mai trăi o perioadă de timp ci cu reușita prelungirii vieții active ca urmare a protejării stării de sănătate în fața multiplelor agresiuni generate de structurile și interrelațiile proprii diverselor stadii de evoluție a ecosistemului uman. Acest concept reprezintă esența medicinei omului sănătos.

Și totuși prevenim sau tratăm ?! O politică sanitară edificată în mod științific trebuie să realizeze ambele deziderate. Pentru aceasta este însă nevoie să se stabilească cele mai optime raporturi între medicina omului sănătos și medicina omului bolnav adică între medicina preventivă și cea reparatorie-recuperatorie.

Acest obiectiv fundamental al medicinei contemporane a fost deseori evidențiat de către secretarul general al partidului tovarășul Nicolae Ceaușescu care arăta că : „Desigur pacienții trebuie tratați dar medicina trebuie să acționeze în primul rînd, pentru a preveni îmbolnăvirea“... ...„trebuie să se acorde atenția principală prevenirii bolilor, apărării sănătății, nu intervenției după ce omul s-a îmbolnăvit, cînd uneori nu mai este nimic de făcut“.

După perioada de început a medicinei, predominant preventională, odată cu parcurgerea diverselor etape ale revoluției tehnico-științifice care au dus la descoperiri epocale în cele mai variate domenii ale cunoașterii umane, terapia s-a diversificat cu pași de uriaș. În aceste condiții medicina omului bolnav s-a dezvoltat într-atît încît a creat un mit al atotputerniciei și a cîștigat tot mai mult în caracterul ei senzațional ca urmare a unor rezultate imediate în lupta cu bolile. Și medicii și populația au ajuns să se înșele tot mai mult în credința că „doctorul are leac pentru orice boală“ și că „doctorul este pentru bolnavi“.

Caracterul „pasiv“ al medicinei a devenit dominant : „dacă te îmbolnăvești mergi la doctor !“ În legătură cu această orientare păgubitoare, N. Bensaid menționa că : „Oamenii privesc cu considerație către tehnicitatea înaltă a medicinei curative neglijîndu-și sănătatea și măsurile de prevenire a bolilor“.

În acest mers „triumfal“, medicina s-a apropiat de bolnav dar s-a îndepărtat de omul sănătos, de acel om care asigură însăși existența oricărei societăți umane și care trebuie menținut sănătos pe o durată cît mai lungă a existenței sale.

Aceeași dezvoltare unilaterală a contribuit la „scumpirea“ activităților de îngrijire a bolnavilor pînă acolo încît costul pentru boală a devenit greu de suportat chiar și de către țările cele mai dezvoltate. Eforturile economice, în domeniul medicinei, sînt deosebit de ridicate în țara noastră, care astfel a ajuns și a depășit în multe domenii, țările puternic avansate din punct de vedere economic.

Cu toate acestea, medicina omului sănătos cu caracterul ei preventional, deși în epoca contemporană apare ca o necesitate de prim ordin, continuă să aibă o

insuficientă cuprindere populațională. În acest context J. Fabre și Th. Krafft menționează cu mare putere de sinteză și previziune că : „Dacă secolul al XIX-lea a fost pentru medicină cel al diagnosticului, secolul al XX-lea este al terapeuticii, secolul al XXI-lea va fi al profilaxiei".

Această orientare guvernată de legi obiective, rezultă pregnant și atunci cînd comparăm unii dintre parametrii care caracterizează cele două compartimente ale medicinei (tab. 1).

TABELUL 1

PRINCIPALELE PARTICULARITĂȚI ALE ACTULUI MEDICAL PREVENȚIONAL, COMPARATIV CU CEL REPARATOR-RECUPERATOR (CURATIV)

Actul medical prevenţional	Actul medical reparator-recuperator
— Promovează protecția sănătății primare prin depistarea și neutralizarea factorilor de agresiune (ocrotirea sănătății, medicina omului sănătos), operînd cu metode și mijloace care pot asigura o calitate optimă a vieții ;	— Acționează pentru înlăturarea efectelor de ordin funcțional și structural induse de factorii de agresiune ;
— Acționează la nivelul grupurilor populaționale (ecosistemul uman) urmărind crearea unor stări de nereceptivitate generală a organismelor umane și a unor interrelații armonioase ale omului cu mediul său natural și social-economic ;	— Interesează segmente de grup populațional, selecționate spontan prin natura bolii ;
— Cooperarea populațională este indispensabilă și trebuie să fie de mare cuprindere temporală și spațială ; educația pentru sănătate joacă un rol primor_ial ;	— Cooperarea este limitată la indivizii afectați aflați deseori în stadii avansate ale evoluției bolii și la anturajul acestora ;
— Se exercită la locul de muncă, în colectivități, familie sau unități sanitare de ambulator, fără a perturba activitățile social-economice sau viața familiei și a individului ; are caracter activ, interven̦ional ; inserția socială rămîne intactă ;	— Se exercită în spitale ; perturbă în grade variate, uneori ireversibile, viața societății, familiei și individului ; se impun operațiuni costisitoare de recuperare în vederea reinserției sociale care adesea este parțială și temporară ;
— Necesită activități de durată, cu rezultate care se evidențiază în timp dar au durabilitate și efecte secundare pozitive ;	— Activitățile necesare pot fi de scurtă durată ; rezultatele favorabile pot fi imediate dar deseori sînt inconstante, temporare sau pot lipsi ; în mod frecvent efectele secundare sînt negative ;
— Lipsește caracterul „senzațional" al unor rezultate imediate și ușor decelabile, ceea ce face ca efectele psihologice să fie limitate ;	— Prezintă deseori un caracter „senzațional", din cauza unor rezultate imediate și ușor decelabile ; efectele psihologice, particulare pentru executanți și beneficiari sînt importante ;

Actul medical preventional	Actul medical reparator-recuperator
— Executarea impune variate tipuri de de cooperări multidisciplinare, medicale și nemedicale ;	— Executarea este facilitată de numărul redus al celor implicați și de caracterul individual al beneficiarului ;
— Investițiile au valori relativ reduse și se amortizează în mod sigur, în perioade variate de timp ; rentabilitatea economică este ridicată.	— Investițiile în cadre tehnico-medicale etc., sînt costisitoare, se amortizează doar parțial, în timp îndelungat ; rentabilitate economică este redusă sau poate lipsi.

Istoria medicinei vechi și a aceleia moderne abundă în date care confirmă cu putere faptul că medicina preventivă, cu acțiunile ei pe termen lung și-a probat pe deplin eficiența în lupta cu bolile transmisibile și o face acum cu mult succes și în cazul bolilor netransmisibile.

Succesele înregistrate în lupta împotriva unor boli transmisibile grave, cu care se mîndrește lumea medicală din țara noastră și din alte arii geografice, au fost obținute grație caracterului intervențional, activ, la nivelul populațional al medicinei preventive.

Întreaga experiență acumulată dovedește că medicina trebuie „deplasată“ în mai mare măsură la nivelul colectivităților, în intimitatea ecosistemului uman. Numai astfel vom putea realiza medicina omului sănătos, medicina celui mai numeros și mai activ segment populațional.

Trebuie de remarcat însă că medicina preventivă care aduce mari beneficii societății, întîmpină dificultăți organizatorice și conceptuale atît din partea corpului medico-sanitar cît și din a acelora cărora li se adresează și care sînt numeroși, activi, sănătoși sau aparent sănătoși, iar intențiile prevenționale, de protecție a sănătății, le pot apărea ca o „atenuare“ la un anumit stil de viață, ca o „incomodare“.

Rezultatele înregistrate la nivel național și internațional demonstrează că eforturile, oricît de mari ar fi în domeniul medicinei omului sănătos, sînt justificate atît medical cît și social-economic. Realizarea acestor eforturi presupune existența unui corp medico-sanitar cu pregătire de specialitate, cunoscător nu numai a conținutului noțiunii de sănătate și de boală ci și stăpîn pe cunoștințele de bază ale epidemiologiei, igienei, sociologiei, ecologiei, economiei, demografiei etc.

Conceptul de medicina omului sănătos, cunoștințele de bază ale medicinei preventive se impun a fi imprimate temeinic încă în timpul pregătirii universitare. Reevaluarea pe baza cunoștințelor acumulate a locului medicinei preventive în pregătirea viitorului medic ca și în politica sanitară a țării apare ca un deziderat major, de mare actualitate.

Ideile la care ne-am referit izvorăsc din experiență și din cunoașterea tendințelor de reorientare strategică a medicinei contemporane spre asigurarea supravegherii active, complexe a ființei umane dinainte de procreere și pînă la finele ciclului normal al vieții.

Bibliografia la autori.

MEDICINE OF HEALTHY MAN CONFRONTED WITH THE QUESTION : SHALL WE PREVENT OR TREAT DISEASES ?

Summary

If human being's existence is inevitably accompanied by diseases it is natural that the preoccupation for the care of the diseased remain one of the noble aims of medicine. The humanism of medicine cannot be identified with the preoccupation to give the man the „change" to live some more time but with the achievement of lenghhening active life as a consequence of protecting the state of health against the many aggressions generated by the structures and interrelations of various stage of the evolution of the human eco-system. This concept represents the essence of the medicine of the healthy man. The entire experience accumulated until now, proves that medicine should be placed at the level of communities in the closeness of human eco-system. It is the only way we could achieve the medicine of the healthy man, the medicine of the most numerous and active social layer. But for this reason it is necessary to establish the most optim relations between the medicine of the healthy man and the medicine of the diseased.

UMANISMUL REVOLUȚIONAR — DIMENSIUNE A POLITICII PARTIDULUI NOSTRU

N. Stratone

Institutul de Medicină și Farmacie — Iași

UMANISMUL REVOLUȚIONAR, ÎNTEMEIAT PE NUCLEUL IDEILOR elaborate de Marx — primul proiect uman științific, al *omului total*, pe generalizarea practicii social-istorice de edificare a socialismului în țara noastră, pe tradițiile îndelungat umaniste ale culturii românești, concretizează unul din aspectele majore ale contribuției contemporane ale P.C.R. la îmbogățirea tezaurului gîndirii lui Marx. În documentele partidului nostru umanismul revoluționar este definit ca fiind teoria omului multilateral dezvoltat și a căilor afirmării sale în contextul dezvoltării multilaterale a societății socialiste și a înaintării spre comunism.

Secretarul general al partidului nostru precizează că „esența umanismului revoluționar constă în situarea omului în centrul întregii preocupări și activități a societății și în același timp, stabilirea unor raporturi armonioase, organice între individ și colectivitate. Umanismul revoluționar concepe afirmarea și dezvoltarea plenară a personalității umane, nu izolat ci în cadrul ansamblului societății, promovînd principiul rațional și generos potrivit căruia fericirea personală nu se poate realiza încălcînd dreptul la fericire al altora ci numai în cadrul înfăptuirii fericirii generale a colectivității — a poporului — a umanității“ (1). Aceasta decurge în chip logic din înțelegerea legăturii dialectice dintre individ și societate, din principiul solidarității umane cunoscut sub formula „toți pentru unul și unul pentru toți“.

Termenii centrali ai noului umanism sînt omul și societatea, nu ca entități opuse aflate în contradicție. Societatea socialistă prin structurile și funcționalitatea sa, prima orînduire construită planic, conștient, garantează și realizează cerințele și normele umanismului în toate domeniile. La rîndul său, societatea socialistă este de neconceput fără un om nou cu un înalt grad de cultură și responsabilitate.

În societatea socialistă omul este considerat ca fiind cea mai mare bogăție, pentru că el este făuritorul tuturor valorilor materiale și spirituale. Datorită acestui fapt, omul reprezintă valoarea supremă, centrul de raportare al tuturor planurilor și măsurilor de dezvoltare economico-socială și spirituală, criteriul de motivare, justificare și de apreciere a acestora.

Punînd omul în centrul politicii sale, militînd pentru formarea şi dezvoltarea sa multilaterală, în consens cu idealurile socialismului şi comunismului, partidul atrage atenţia asupra cerinţei ca în procesul instrucţiei şi educaţiei să nu se ignoreze faptul că fiecare om are individualitatea şi personalitatea sa. „Trebuie — arăta tovarăşul Nicolae Ceauşescu, — să existe deplină claritate : nu ne propunem şi nu ne putem propune uniformizarea omului. Aceasta ar fi o absurditate, un non sens. Noi acţionăm pentru formarea unui om de omenie cu o pregătire multilaterală, a unui comunist de omenie. Urmărim crearea condiţiilor celor mai propice ca omul să se poată manifesta plenar în toate domeniile vieţii sociale, fiecare cu capacităţile, personalitatea şi felul său de a fi, în spiritul comun al întregii societăţi, al dragostei de dreptate şi adevăr, al curajului şi cinstei, la simplităţii, al hotărîrii de a lucra împreună cu semenii săi pentru fericirea proprie, pentru fericirea întregii societăţi“ (2).

În acest sens P.C.R. promovează consecvent principiul potrivit căruia omul poate şi trebuie conceput ca subiect conştient al propriului destin şi al aceluia al colectivităţii. Prin participarea conştientă, responsabilă la întreaga activitate socială se dezvoltă premisele stimulării iniţiativei la scară de masă şi ale manifestării plenare a oamenilor ca subiecţi ai iniţiativei istorice conştiente. Omul devine prin aceasta un factor important al progresului noii societăţi.

Sub raport social, umanismul revoluţionar realizează o legătură dialectică între individualitate şi societate. Este vorba de satisfacerea trebuinţelor şi intereselor grupurilor sociale, ale întregului popor şi prin aceasta, a fiecărui individ în parte.

Faţă de caracterul speculant al umanismului tradiţional, umanismul revoluţionar este real şi concret, un umanism al faptei, al acţiunii practice de realizare a omului în plan material, economic şi nu numai în plan spiritual şi moral. Pe plan economic, condiţia necesară, dar nu şi suficientă, a realizării umanismului este înlăturarea proprietăţii private care generează inegalitate economică şi forme de înstrăinare practică şi spirituală. Proprietatea socialistă permite realizarea echităţii la nivelul întregii societăţi, satisfacerea necesităţilor de ordin economic a tuturor membrilor societăţii în funcţie de contribuţia fiecăruia la dezvoltarea societăţii noastre. Transformările radicale care s-au produs în ţara noastră, ritmul dezvoltării economice, structura producţiei socialiste, perfecţionarea continuă a formelor de repartiţie urmăresc ridicarea nivelului de trai material şi spiritual al tuturor oamenilor muncii.

Problemele omului, ale afirmării multilaterale sînt puse în termenii practicii sociale, ai activităţii economice, social-politice şi spirituale a claselor şi grupărilor sociale existente în societatea noastră. Dacă în documentele partidului nostru, problemele dezvoltării economice, cele referitoare la relaţiile sociale, la viaţa politică au ponderea cea mai mare, acest fapt nu estompează valoarea lor umanistă. Sfera economico-socială şi politică nu devin în nici un fel un scop în sine şi nu încetează a fi mijloace pentru satisfacerea trebuinţelor materiale şi spirituale ale mem-

brilor societății. Bunăstarea poporului este problema centrală a activității, iar realizarea acestui obiectiv nu este posibilă fără înfăptuirea progresului de dezvoltare economică, fără munca disciplinată și competentă a fiecăruia la locul său de producție.

Promovînd umanismul-revoluționar, partidul, societatea noastră asigură împlinirea multilaterală a personalității umane, valorificarea tuturor capacităților și talentelor fiecăruia în slujba binelui comun, a prosperității societății, făurirea conștientă de către toți cetățenii a propriului lor destin, în care-și găsește deplina relizare, destinul individual al fiecărui cetățean.

Fiind expresia organică a legăturii teoriei cu practica construirii socialismului tezele umanismului revoluționar, normele acestuia au o deosebită valoare în perfecționarea relațiilor sociale, în promovarea spiritului echității și dreptății. În expunerile secretarului general al partidului nostru sînt cuprinse indicații prețioase asupra modalităților de afirmare în viață a principiilor umanismului revoluționar. În acest sens o importanță deosebită o are imperativul educării tineretului, a întregului popor, în spiritul respectului față de muncă, a disciplinei muncii. Atitudinea față de muncă concentrează în fapt atitudinea față de societate, față de semeni, întrucît munca este singura sursă a avuției naționale și calea de autoafirmare a omului.

Posibilitatea afirmării umane în și prin muncă în condițiile proprietății socialiste este susținută de noul climat spiritual definit prin încredere reciprocă, spiritul colectivului și colaborării, prin respectul demnității umane. Valorile etice ale noii orînduiri gravitează în jurul cinstirii muncii, iar legislația socialistă se axează pe apărarea acesteia. De aceea este necesar ca răspunderea mai directă față de desăvîrșirea personalității, față de respectarea normelor sociale să o aibă însăși cei ce muncesc. Dintr-o asemenea perspectivă se degajă adevăratele semnificații umaniste ale principiilor eticii și echității socialiste, care, prin conținutul lor complex, depășesc implicațiile pur prescriptive, asigurîndu-se compatibilitatea între principii, norme și acțiunea practică, generatoare de noi premise revoluționare.

Și sub aspect politic, umanismul revoluționar se deosebește de umanismul burghez. Realizarea umanismului revoluționar în patria noastră este o coordonată importantă a politicii P.C.R. pentru perfecționarea relațiilor sociale prin lărgirea continuă a democrației socialiste. Participarea din ce în ce mai largă a oamenilor la procesul conducerii vieții sociale în patria noastră se impune cu necesitate. Dezvoltarea democrației „va stimula și pune tot mai deplin în valoare energiile și elanul creator al maselor, va asigura climatul necesar al afirmării plenare a personalității umane, a accelerării progresului întregii națiuni“ (1). Lărgirea democrației socialiste se constituie ca expresie a libertății în toată bogăția determinării sale. Libertatea și democrația nu sînt un dat, ci se constituie ca un proces de cucerire continuă a noi dimensiuni. De aceea libertatea poate să apară ca măsură a umanismului, iar democrația este cadrul necesar și mijloc de realizare a umanismului.

Sub aspect axiologic umanismul revoluționar își are temeiul în faptul că întregul ansamblu al activităților din societatea noastră are drept scop nu numai dezvoltarea bazei tehnico-materiale a societății, ci și îmbogățirea sistemului de valori, prin făurirea unui înalt orizont cultural. În ierarhia valorilor specifice umanismului revoluționar dobîndesc o înaltă apreciere valorile politice și cele științifice. De aici rezultă importanța și ponderea sporită a rolului activității ideologice și a muncii educative, care reprezintă una din condițiile hotărîtoare ale eficienței procesului de formare a omului nou al societății noastre socialiste la nivelul unui umanism superior, un umanism revoluționar, militant, responsabil.

Umanismul revoluționar are sens activ, militant. Izvorînd din natura și țelurile noii orînduiri sociale, care pune în centrul atenției omul muncii, umanismul revoluționar are în vedere ca fiecare om să fie un participant activ, conștient, bine pregătit, un cetățean responsabil pentru activitatea proprie și a colectivului din care face parte, un om înaintat. Umanismul revoluționar presupune angajarea activă în munca de zi cu zi, ridicarea calificării profesionale, manifestarea spiritului de inițiativă, organizare și disciplină, o înaltă exigență.

Societatea noastră își manifestă omenia, respectul față de om și în raport cu cei care la un moment dat au comis greșeli (nu prea grave) în sensul că le acordă încrederea și posibilitatea de a se îndrepta muncind în mijlocul tovarășilor lor de muncă. Forța educativă a muncii și a colectivelor de muncă își dovedește și în aceste condiții eficacitatea. Așa după cum sublinia tovarășul Nicolae Ceaușescu „Adoptarea unei asemenea atitudini, aplicarea unor astfel de măsuri exprimă umanismul nou, revoluționar al societății noastre, grija deosebită pentru om, preocuparea de a face totul pentru a-l ajuta să ducă o viață demnă și cinstită“ (3).

Ca trăsătură a profilului spiritual și a comportamentului poporului nostru, care dobîndește o expresie revoluționară prin politica Partidului Comunist Român, umanismul socialist acționează integral, zi de zi, în fiecare din manifestările și actele creatoare ale oamenilor muncii, în toate domeniile vieții sociale. Devenind stare de spirit și mod de viață al poporului român în ansamblu, și al fiecărui cetățean în parte, principiile umanismului revoluționar, exercită o puternică forță mobilizatoare în dezvoltarea progresului social și uman. Recunoașterea unor asemenea adevăruri și militarea pentru împlinirea lor se află în consens nu numai cu idealurile concepției marxiste despre om, dar și cu unele dintre cele mai înaintate cugetări premarxiste potrivit cărora omul a fost și rămîne „măsura tuturor lucrurilor“ (Protagoras), „singurul punct de la care trebuie să pornească totul și la care să se întoarcă totul“ (Diderot).

Realizarea obiectivelor stabilite în documentele partidului nostru de făurire a societății socialiste multilateral dezvoltate și de înaintare a României spre comunism, constituie, prin urmare, o etapă hotărîtoare în înfăptuirea idealului umanist, de societate bazată pe echitate și dreptate socială, pe dezvoltarea plenară a personalității umane, întruchipînd ceea ce Marx întrevedea — umanismul practic, real.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. * * *: Programul Partidului Comunist Român de făurire a societății socialiste multilateral dezvoltate și înaintare a României spre comunism, Edit. Politică, București, 1975.
2. Nicolae Ceaușescu: Expunere la Congresul educației politice și culturii socialiste, Edit. Politică, București, 1976.
3. Nicolae Ceaușescu: Raport la Conferința Națională a Partidului Comunist Român, din decembrie 1977, Edit. Politică, București, 1977.

REVOLUTIONARY HUMANISM — DIMENSION OF OUR PARTY'S POLICY

Summary

In this paper the authors shows that in our party's conception human being is the supreme value, the centre of relating all plans and steps of economic, social and spiritual development, criterion of motivation, justification and appreciation of them. Socialist humanism is based on relations of collaboration and reciprocal esteem among all the members of the society with no distinction of nationality. At the same time, revolutionary humanism supposes the achievement of personal happiness in the general context of creating the happiness of the whole people.

SECȚIUNEA a III-a

DIRECȚII INTERDISCIPLINARE ÎN ASISTENȚA PSIHIATRICĂ

INTERDISCIPLINARY DIRECTIONS IN PSYCHIATRIC CARE DELIVERY

EPISTEMOLOGIA MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ A DISCERNĂMÎNTULUI

Gh. Scripcaru, T. Pirozynski
Institutul Medico-legal și Clinica de Psihiatrie Iași

EPISTEMOLOGIA ȘI MEDICINA LEGALĂ PSIHIATRICĂ. CUNOAȘterea științifică domină în prezent cercetarea medicală, fapt ce se referă în egală măsură și la cercetarea patologiei medico-legale. Descoperirea adevărului, ca o corectitudine a reprezentărilor nu este posibilă fără logică științifică, care ordonează ipotezele și ficțiunea. Sub acest aspect, nu numai gnoseologia dar și filozofia devine o teorie a descoperirii adevărului (aletheia) cu ajutorul instrumentelor științifice și ale educației competenței științifice (paideea). Medicina legală, știința unor categorii proprii, își confirmă statutul științific și obiectul epistemic prin căile specifice de abordare, viziunea generală și proprie asupra fenomenelor cercetate ca și prin elaborarea de matrici științifice (paradigme și mai ales metadigme) cu aplicabilitate practică. Știință cu obiect concret de cercetare, medicina legală ne plasează la limita dintre concretul medical al comportamentului relațional și abstractul juridic, domeniu de cercetare, din care decurge valoarea interdisciplinară a paradigmei sale. Prin caracterul științific al medicinei legale se elaborează premizele sale epistemologice, după care, realitatea poate fi cunoscută și cunoașterea se lărgește cu ajutorul cercetării științifice, prin nivele de cunoaștere perceptive sau raționale stabilind gradele de adevăr ale unei teorii științifice. Astfel, epistemologia medico-legală reconstituie realitatea cu ajutorul paradigmelor rezultate din matricile sale epistemice cognitive și stabilește pattern-uri științifice, care duc la enunțuri nomotetice.

Gîndirea științifică actuală, prin excelență referențială, aticipativă și reversibilă, se impune ca un proces care se desfășoară între subiect și obiect și implică cunoștințe adecvate, conștiință structurată adecvat și capacitate de a realiza operații logice. Constituie o paradigmă constatarea că „nu există drept în afara adevărului, iar adevărul este totdeauna științific". O atare paradigmă plasează medicina-legală la interferența preocupărilor despre om și lege, preocupări din care decurge o metodologie proprie de gîndire și căutare a adevărului. Corelarea abstractului juridic, al principiilor și instituțiilor de drept, cu concretul medical al cazurilor individuale, se face prin aportul acestei științe și a paradigmelor spe-

cifice. Epistemologia se implică astfel în orice pretenție și afirmație de adevăr medical și obligă la verificarea științifică a valorii de adevăr. S-ar putea defini astfel medicina legală, ca acea latură a medicinei care aplică cunoștințele sale la nevoile dreptului, prin teorii și concepte proprii, validate științific de metodologii specifice ce au o finalitate integrativă social-juridică. Criteriologiile specifice acestei specialități devin astfel relații epistemologice între instituțiile dreptului și realitățile medicale, relații de integrare ce presupun recepționarea corectă, reprezentarea adecvată sub formă de idei și concepte, esențializare prin transformarea valorilor în concepte și conduite și intercomunicare profesională.

Epistemologie. Prin epistemologia medico-legală se enunță :

— necesitatea dovedirii științifice a oricărei afirmații ;

— necesitatea elaborării de modele epistemice pentru fiecare instituție juridică ;

— necesitatea ca matricile epistemice să fie consecința articulării gîndirii medicale cu cea social-juridică ;

— Necesitatea de a conferi cunoașterii medico-legale nu numai un caracter explicativ-probant, ci și unul prospectiv-nomotetic ;

— necesitatea de a trece de la cunoașterea medico-legală descriptivă la cea axiomatică de stabilire a validității cunoștințelor ;

— necseitatea realizării procesului medico-legal cu ajutorul gîndirii integrative interdispiclinare de factură pozitivă.

Într-o epocă dominată de spiritul exigenței științifice proiecția epistemologică oferă medicinii legale probitatea de știință a spiritului obiectiv prin excelență, cu un statut propriu și criterii specifice de cunoaștere și validare a cunoștințelor cîștigate. Epistemele proprii devin deschideri către cunoaștere care conjugă posibilitățile tehnice cu cele logice, realitățile concrete cu cele abstracte, în scopul de a le da pertinență și concludență social-judiciară. Adevărurile oferite de medicina-legală răspund astfel competenței informării și referinței, completitudinii reprezentărilor și corespondenței constructelor elaborate față de realitatea faptică. O categorie de criterii va sta totdeauna la baza transformării ipoteticului în tetic și la validarea cunoștințelor căpătate, epistemologia devenind astfel știința stabilirii concordanței dintre realitatea obiectuală și cunoașterea sa științiifică. Medicina legală prin excelență știință a criteriilor, apare astfel incompatibilă cu soluționări doar prin intuiție, fler sau ipoteze, care permanent se disciplinează prin logică științifică (prin raționamente și demonstrație logică). „Reconstituirea cunoașterii“ prin structuri epistemice sau prin criterii, devine o condiție de probitate și competență în medicina legală, unde, de regulă, cercetăm efectele pentru a stabili cauzele, pentru a le da o explicație științifică. La dimensiunile medicale, ontologice, antropologice și sociale ale medicinei legale se alătură și dimensiunile epistemologice, care fundamentează condiția științifică. Dintr-un astfel de statut decurge necesitatea formării „sensibilității pentru adevăr“, a competenței adevărului, care stau la baza vocației pentru această profesiune. Aceste atribute se formează numai prin

educație și devin baza formării oricărui fenotip științific, ca normă specifică de reacție la necesitățile unei specialități oarecare.

Psihologia comportamentului uman. Dimensiunile antropologice, ontologice și sociale ale medicinii legale nu pot face abstracție de studiul comportamentului, atunci cînd se are în vedere abordarea epistemologică a problematicii sale. Psihiatria medico-legală definește comportamentul deviant fără a face abstracție de studiul comportamentului normal, care apare ierarhizat, integrat, începînd cu nivelele genetice, humorale, hormonale și neurologice și terminînd cu nivelele sale psihice, sociale, axiologice și umanitare. Această integrare exprimă evoluția comportamentului de la automatic și reactiv la noologic și reflexiv, cînd, între stimul și răspuns se vor interpune motivațiile, modelele și aspirațiile specific umane. Dacă valorile biologice uniformizează, cele noologice diferențiază și prin anticipare, retrocreație și progres asigură echilibrul homeostazic dinamic al comportamentului cu mediul său de existență. Adaptarea la mediu apare astfel ca o continuă racordare a comportamentului la valori, adaptare mediată de discernămînt și de opțiuni axiologice. Aspirațiile comportamentului uman vizează menținerea echilibrului său în limite valorice (echilibru de stabilizare) dar și învățarea și crearea de comportamente anticipate (echilibru de optimizare și progres). Aspirația specifică umană către comportamente originale realizează, pe de altă parte, climatul de progres al culturii și civilizației actuale (4, 9, 13).

Specificul comportamentului uman rezidă în homeostazia de integrare permanentă a schemelor instinctive, situaționale, simbolice, cognitive și anticipative în reacțiile față de mediu. Se poate vorbi astfel de nivele de comportament care diverg în homeostazia de grup ce utilizează modele normative și culturale. Evoluția comportamentului a realizat transformarea sa din reactiv și situativ, instinctiv și automatic, în anticipativ și valoric, creator și reflexiv. Dacă în ceea ce privește comportamentul, evoluția biologică a fost pasivă și inconștientă, fruct al hazardului și necesităților înscrise în genom, cu alte cuvinte imperfectă, evoluția sa culturală a devenit fruct al conștiinței și ca atare, capabilă de realizări maxime, deși uneori fragile, și uneori cu impact asupra condiției biologice. Prin socializare, factorii biologici din comportament au devenit umani și culturali, iar comportamentul deviant un eșec al acestei deveniri, un dezechilibru dintre convingeri, comportament și norme. Evoluția comportamentului se face de la homeostazia „self"-ului către homeostazia unitară, de specie, a echilibrului și integrării personalității în ordinea generală ce favorizează evoluția umanității și instituie astfel responsabilitatea omului pentru actele sale (3, 5).

Nivelele comportamentului, reprezintă încorporarea valorilor în personalitatea umană și pot fi de tip reactiv, situativ sau anticipativ, la fiecare nivel existînd un echilibru variabil sub aspect homeostazic între comportamentul înnăscut, biologic și comportamentul cîștigat, axiologic. Comportamentul apare ca o sinteză unitară a subiectului cu obiectivul,

a sensibilității la bine cu criteriile realizării binelui, în esență, o sinteză superioară a subiectivului și condițiilor sale de existență, din care rezultă capacitatea de înțelegere și stăpînire a faptelor prin norme de comportament (5, 8).

Comportamentul reactiv (instinctiv, stereotip și automatic) se bazează pe structuri nervoase mai vechi față de cel anticipativ (reflectat și prospectiv), care se bazează pe structuri create prin învățare și valorizare și este mediat permanent de motivații specific umane. Un concept sistemic integrează astfel comportamentul în personalitate și personalitatea în societate, permițînd aprecierea esenței sale nu atît în formele reactive, cît în cele anticipative. Viziunea sistemică ce integrează într-o structură unitară diferitele nivele de comportament, accentuează necesitatea formării și educării sale după modele de socializare prospective, deschise (enculturație), și care permit realizarea adaptării într-un sens creator. Personalitatea, expresie a unei structuri socio-culturale, transformă comportamentul într-o modalitate de răspuns la o situație dată, răspuns obținut în raport de echilibrul său dinamic cu mediul de existență.

Comportament și adaptare. Adaptarea la mediul biologic se realizează numai în condiția semnificației subiectiv-psihologice a relației de socio-cultură. Adaptarea apare ca un efect de homeostazie bazat pe echilibru dintre trăirile individuale și cerințele grupului și pe motivații specific umane și admisibile. Ea se realizează prin subiectivarea condițiilor de mediu și a normelor sociale în scheme de comportament cu formarea unei experiențe cu proiecție anticipativă. Integrarea proprie a modedelor, valorilor și normelor instituie responsabilitatea față de propria condiție și afirmarea sa comportamentală. Dominația comportamentului cîștigat asupra celui înnăscut dă sens experienței și libertății individuale precum și intervenției culturii și creației, care, permite realizarea saltului ontologic către semnificate axiologice. În adaptare, cultura devine condiția esențială a comportamentului social, după cum cultura a ajutat omul la desprinderea sa de natură, la transformarea naturii în valori, în esență, la transformarea potențialului înnăscut la exprimarea sa creativă.

Comportament și normalitate. Din specificul comportamentului uman decurg criteriile normalității și sănătății mentale. Normalitatea a fost permanent raportată la criterii axiologice, ca un echilibru între echipamentul biologic, înnăscut și cel social, cîștigat, ca un echilibru dinamic al personalității cu mediul său de existență, echilibru asigurat prin aspirații specific umane și prin opțiuni valorice superioare. Normalul sau sănătatea mentală, devine astfel o adaptare și afirmare efectuată prin anticipare cu raportare permanentă la relațiile grupului. Norma devine o judecată de valoare care asigură autonomia prin adaptare, iar adaptarea valorică și creativă la situațiile mediului, devine un criteriu esențial al sănătății mentale (10, 13).

Criteriile normalității care interesează în aprecierea discernămîntului față de o faptă săvîrșită s-au bazat pe caracterul inteligibil al setului de raționamente și reprezentări privind actul comis, ca și pe memoria

acestuia, elemente din care decurge înțelegerea esenței sale și conștiința culpabilității proprii. Normalitatea. ca și sănătatea mentală evoluează de la capacitatea creativă la criteriul raportării sale la normativitate și apoi la autorealizarea sa prin norme. Astfel norma poate fi raportată la aptitudinea autoevaluării adecvate a actelor proprii, la aptitudinea utilizării capacităților proprii în scopul de a aspira către universalitate, în conformitate cu pattern-urile culturale ale societății. Prin astfel de criterii comportamentul poate fi raportat la normativitate chiar dacă nu are paradigme proprii de evaluare, iar motivația și afirmarea sa capătă același grad de realitate ca și orice fenomen ce poate fi exprimat într-un limbaj științific. Experiența medico-legală psihiatrică, ca act de competență ce stabilește starea de sănătate și de conștiință a unei persoane în raport de un comportament consumat, utilizează criteriile prin care un fenomen cercetat capătă probanța unei realități științifice necesară în justiție și astfel adevărul științific să facă parte din calitatea vieții și a valorilor ce o promovează. În acest sens boala deține semnificația incapacității de înțelegere și de apreciere veridică a dorințelor și actelor proprii, o pierdere a utilității „self"-ului prin lipsa de rațiune, o dificultate a motivării actelor proprii față de normativitate. Testele sau criteriile sale de delimitare stabilesc astfel neînțelegerea rațională a actului comis, cu incapacitatea în consecință, de raportare a acestuia la un sistem normativ și lipsa de control a actelor proprii (1, 9, 12).

Sănătatea mentală semnifică un alt model decît abstracta negare a bolii, prin înțelegerea promovării capacităților de afirmare ale personalității în relațiile sale ambientale, iar sensul integrării devine astfel un criteriu de validare a acestor capacități creative. Sănătatea mentală devine astfel un concept înțeles ca valoare, cu utilizare creatoare a facultăților mentale prin care își definește propriile dimensiuni axiologice iar boala, o tulburare a acestor dimensiuni specific umane.

Epistemologia discernămîntului psihic. Demersul epistemologic despre sănătate și boală, implică cu necesitate stabilirea criteriilor ce le delimitează ca sens teoretic și operațional al noțiunii de discernămînt.

Discernămîntul este capacitatea psihică de a anticipa semnificația unor atitudini și reacții comportamentale, o categorie medico-legală psihiatrică de referință asupra comportamentului și a stării de conștiință. Este expresia stării funcționale a sistemului psihic în integralitatea personalității și a stării sale de conștiință în împrejurările actului săvîrșit, nivel de informare, experiență anterioară, aptitudine de corectare a reacțiilor proprii, capacitate de antipicare prin reprezentări și gîndire logică. Discernămîntul presupune înțelegerea esenței relațiilor sociale, aspirații valorice și posibilitatea de a acționa liber, posibilitate ce crește alternativele răspunsului și anticipației comportamentale. Se implică deci înțelegerea unei situații, ca și modalitățile de compensare prin înlocuirea unei acțiuni, care ocolesc situația nefavorabilă. Setul de criterii care permit distingerea nivelelor de discernămînt, care, în final, exprimă nivelede conștiință în înțelegerea, deosebirea, prevederea și stăpînirea actelor

proprii, sînt de natură multidisciplinară și se referă la criterii logice (de înțelegere a consecințelor actelor proprii), psihologice (de anticipare a consecințelor lor), axiologice (de realizare a binelui) juridice (de alegere și responsabilitate) și medicale (de proiectare adecvată a realității). Dacă la baza discernămîntului admitem nivele de conștiință, atunci implicit admitem și un discernămînt atenuant, care, cu toată respingerea sa de către juriști (sub motivul netarifării răspunderii și încurajării la recidivă), devine util în scopul gradării răspunderii, gradare similară modulării vinovăției, în scopul individualizării mai adecvate a pedepsei (4, 6).

Boala psihică, ca dispariție a alternativei și a libertății de decizie, anulează discernămîntul prin destructurarea personalității de la axiologic la instructiv. Psihiatria medico-legală operează cu noțiunea de discernămînt prin însușirea conceptelor cibernetice, a teoriei sistemelor, a logicii științifice, analiza semiologică a comportamentului relațional (analiza aptitudinii de reprezentare corectă a realității, de prevedere a consecințelor unei fapte și de acționare liberă), la care noi am dezvoltat analiza motivațională pentru a preciza criteriile de apreciere a stării de conștiință ale unei persoane raportată la un comportament imputabil (9, 11).

Lipsa discernămîntului transformă fapta comisă într-un simptom de boală, care, pe lîngă beneficiul realizării științifice a justiției, proiectează asistența medico-legală psihiatrică într-o dimensiune umanitară. Discernămîntul devine astfel un autentic criteriu științific de delimitare a sănătății de alienare și răspunde tendințelor complementare ale criminologiei actuale de apărare a intereselor sociale și de recuperare și reinserție socială a celor în impact cu normativitatea.

Problematica expertizei medico-legale psihiatrice se referă la necesitatea de a stabili :

— existența sau nonexistența bolii psihice ;

— relația bolii psihice cu fapta imputabilă sau necesitatea de a stabili că un comportament consumat este expresia procesualității bolii ;

— factorii ce au favorizat trecerea la act : factorilor genetici, de microgrup, narcofilici, victimologici ;

— stabilirea discernămîntului ;

— măsuri de predicție a comportamentului și nocivității sale ulterioare ;

— accesibilitatea la reeducare ca adevărat act de „inginerie socială a comportamentului".

Psihiatria medico-legală, prin criteriile sale studiază comportamentul deviant, expresie a disociabilității, de perturbare a conștiinței de sine și a raporturilor cu alții în cadrul psihopatologiei delicto-juvenile. Acest studiu include toate formele de comportament a căror disociabilitate este în mod legal prevăzută, forme a căror explorare sistematică și de profunzime constituie obiectivul muncii expertale. Se configurează astfel aprecierea medicală a stării de conștiință a unei persoane, preocupare științifică ce implică o permanentă raportare la criteriile metodologice și teoretice ale discernămîntului din care decurge sensul valoric al conștiinței de sine și a raporturilor cu ceilalți.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Băsarab M.: *Drept penal*, E.D.P., București, 1983.
2. Bogdan T.: *Probleme de psihiatrie judiciară*, Edit. Științifică, București, 1973.
3. Cohen A.: *La deviance*, Duculot, 1971.
4. Dongorez V. și col.: *Explicații teoretice a codului de proceduri penale*, Edit. Acad. R.S.R., București, 1975.
5. Dragomirescu V.: *Problematică și metodologie medico-legală*, Edit. Medicală, București, 1980.
6. Gorgos C.: *Vademecum în psihiatrie*, Edit. Medicală, București, 1985.
7. Landry M.: *Le psychiatre au tribunal*, Eoré Privat, Toulouse, 1976.
8. Lorenz K.: *Essais sur le comportement animal et humain*, Eoré Seuil, 1970.
9. Pirozynski T.: Rev. Med. Chir., Iași, 1981, nr. 1, pp. 19—26.
10. Predescu V.: *Psihiatrie*, Edit. Medicală, București, 1976.
11. Scripcaru Gh., Pirozynski T.: Rev. Med. Chir., Iași, nr. 3, 1982, pp. 397—401.
12. Teodoru Gr.: *Drept procesual penal*, E.D.P., București, 1979.
13. * * *: *Probleme fundamentale ale psihologiei*, Edit. Acad. R.S.R., București, 1980.

PSYSHIATRIC FORENSIC EPISTEMOLOGY OF DISCERNMENT

Summary

The authors synthetically present the significances of an epistemologic fundamentation of forensic psychiatry as well as the elaboration of specific criteria in scientific research in this field of interdisciplinary research. They clarify some aspects of epistemologic content regarding the study of human behaviour, the process of adaptation and their relation to the criteria of normality.

Thus/ the capacity of validating the state of health and of that of mental disease allows by the established criteria to appreciate the discernment for the committed deed or an imputable behaviour. As for the estimation of the discernment it is presented the complex of the problems of forensic psychiatric expertise.

VICTIMOLOGIE ŞI ASISTENŢĂ MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ

T. Pirozynski, Gh. Scripcaru,
Miarka Pirozynski, V. Astărăstoae, Gh. Drăghici

Institutul de Medicină şi Farmacie Laşi
Clinica de Psihiatrie şi Laboratorul de Medicină Legală

CERCETAREA PSIHIATRICO-LEGALĂ OPEREAZĂ TOTDEAUNA ÎNtr-un spaţiu relaţional, în scopul de a stabli tipuri de interacţiuni între o motivaţie comportamentală şi o ambianţă socio-axiologică. Atari interacţiuni cuprind forme comportamentale de la devianţă la aberanţă, forme care implică indicatori valorici de testare, cu valoare ştiinţifică de diagnostic şi prognoză. În acelaşi timp, o astfel de cercetare, articulează şi integrează conceptul medical în sistemul de valori al criteriologiei judiciare.

În psihopatologia delicto-judiciară apare legitimă cercetarea relaţiilor comportamentale ale unei persoane, motivaţia actelor sale, ca şi semnificaţia raportului faţă de victimă, care, uneori, în munca expertală, deţine un caracter relevant. O atare realitate relaţională se caracterizează întotdeauna printr-un factor activ, autorul unei acţiuni şi persoana care suferă acţiunea ca victimă, între aceşti factori stabilindu-se relaţii de circumstanţă cu interacţiuni de grade şi intensităţi diferite. De aceea, în cadrul patologiei relaţionale se ia în consideraţie ansamblul de factori care participă la o situaţie determinată şi pe care noi, în lucrări anterioare, am delimitat-o ca psihopatologie a interacţiunii. O atare denumire se referă la orice sistem relaţional şi apare util analizei disociabilităţii care polarizează acţiunea ambilor factori, autori şi victimă, ca sursă inductrice a unei relaţii patogene (4, 5, 6).

Indiferent de modul cum s-a justificat victimologia, dreptul a fost întotdeauna preocupat de nevoia de a asista şi victima şi nu de a descoperi doar autorul. Astăzi, criminologia se extinde cu atît mai evident la profilaxia posturii de victimă, profilaxie rezultată pregnant din abordarea interrelaţiei victimă-agresor. Fundamentul ştiinţific al unei abordări victimologice rezidă deci în unitatea comportamentului victimă-agresor, alteori în comportamentul lor altern, de unde nevoia unei evidente abordări multidisciplinare (7, 10).

În expunerile sale de psihopatologie delictuală, Freud vorbea de explorarea comparată a victimei şi agresorului, din care se poate deduce chiar nevinovăţia

unuia. Mai mult, el vorbea de aspirația conștientă sau inconștientă a aptitudinii de a deveni victimă. Un punct de vedere similar adopta și G. Tarde, care, arăta cum deseori ,în cercetarea criminologică se neglijează rolul victimei în acțiunea agresorului.

Desigur, este propriu spiritului uman de a deprecia pe autor dar, într-un context relațional de abordare epistemologică, studiul victimei apare ca un element pertinent al unui proces criminogen, chiar dacă, îndeobște, nu putem implica în mod absolut pe autor sau în mod absolut victima (2, 8). Scopul une astfel de cercetări devine favorabil cunoașterii reale a faptei și profilaxiei situațiilor victimogene și nu trebuie neglijat nici rolul patogen al unor situații de victimizare.

Primii autori care au avut intuiția acestor situații și le-au abordat în mod științific au fost Hans von Hentig care, în 1934, în lucrarea „The criminal and his victim" și apoi Mendelson, în 1947, la București, au analizat comportamentul victimei care se reflectă deseori în comportamentul autorului, justificînd preocuparea victimologică (1, 2, 9).

Într-o viziune psihodinamică, există tendința de a considera succesul ca fapt ce ne aparține iar eșecul, datorat unor factori externi. O astfel de tendință se manifestă și în victimologie unde se relevă tendința, deseori inconștientă a agresorului, de a-și justifica fapta prin factori externi.

Experiența noastră cazuistică ne permite să vorbim de victime prin situații neprevăzute sau de victime ce se plasează previzibil într-o astfel de postură, situații ce gravitează între lipsa de răspundere, pînă la responsabilitatea integrală a victimei față de relația cu implicații delicto-judiciare.

Prin sindrom Abel, Ellenberger a descris o constelație criminogenă, în care relația dintre un agresor impulsiv, sociopat, care acționează subit și exploziv și o victimă cu dorința inconștientă de a deveni victimă, în scop de afirmare, se stabilește un raport direct. Un astfel de sindrom ne apare veridic reprezentat de relația în care, uneori, tendințele sadice se asociază cu tendințele masochiste (1. 2).

Cu alte cuvinte, raporturile victimă-agresor pot fi absente, familiare sau de apropiere, raporturi care se reflectă în inocența sau culpa victimei, de la cea structural comportamentală pînă la cea care recidivează într-o situație dată. Desigur, într-o astfel de relație, rolul situațiilor victimologice nu poate fi omis, situația relațională fiind aceea care plasează în jocul alternativelor un partener autor și altul victimă. Pe lîngă dominanta situațională poate apare rolul precipitant al unor factori de victimizare, așa cum ar fi alcoolul, care, în 70% din cazuri, împiedică victima să sesizeze pericolul. Dacă la acestea adăugăm partenerii victimă și conjugopatiile sau copiii victimă ai părinților patogeni, precum și victimele structurate constituțional ca o consecință a unei violențe psihologic relaționate (ca în cazul dispoziției constituționale către depresiune cronică, către angoasă irațională, amintiri obsesive sau identificare inconștientă,

prin frică, drept mecanism de apărare) putem oferi imaginea completă a unor relații victimologice, utilă unei cercetări concrete sau doctrinare. Astfel, trinomul agresor-lege-situație poate fi completat cu elementul victimă, în scopul de a obține un model medico-legal psihiatric de abordare în care se integrează anamneza, diagnosticul, prognosticul și tratamentul criminologic. Într-o astfel de abordare, cercetarea aptitudinii de a fi victimă (de victimizare), a tipologiei victimelor și cuplurilor victimă-agresor, precum și a consecințelor psihosociale ale victimizării, se vor reflecta într-un sistem judiciar, în care, rolul victimei poate să-și găsească un spațiu adecvat. Sub acest aspect, criminologia trebuie să devină o știință a interrelațiilor umane, în care, victimologia, fără a fi redusă la studiul participării formale a victimei în infracțiune, poate acceda la explicația condiției motivate de anticipare, catalizare sau determinare a unei acțiuni delictuale (2, 3).

Tipologia victimelor s-a bazat pe criterii de personalitate, grad de participare și implicit de culpă a victimei. S-a vorbit astfel de victime potențiale, de predispoziția la victimă, de victime recidiviste sau înnăscute. Excepțional fiind alese prin hazard, unele persoane sînt victimizate grație grupului social de apartenență (parteneri, copii) iar altele prin trai în comun sau prin caracteristici personale și situații particulare de grup. Sub acest aspect, mai verosimilă apare tipologia victimelor inactive (ca cele consumatoare de droguri), accidentale sau prin ricoșare publică ori privată, ascunsă (situație frecvent relevată de lipsa de reclamație a victimelor în cazul violențelor sexuale). Aleori, victima devine expresia unui abuz de presiune ori a unei violențe prin factori inductori fizici.

În cercetarea noastră (5, 6, 8) de psihopatologie relațională am considerat victima a deține una din următoarele condiții :

— Atitudine fără semnificație în motivația comportamentului agresiv. O atare situație este apreciată ca întîmplătoare sau accidentală și sugerează condiția univocă a acțiunii agresorului aflat într-o stare acută de disoluție a conștiinței, ca în situația beției patologice sau stărilor crepusculare epileptice.

— Atitudine pasivă sau indiferență, dar cu semnificație activă privind motivația patologică a actului care dezvăluie o relație durabilă de caracter semiologic mascat sau disimulat. Deseori, impactul are caracter de surpriză și semnifică debutul unei discordanțe psihice ca și a formelor delirante.

— Atitudinea activă și de potențare a motivațiilor patologice de comportament aberant, cu victime în relații strînse cu agresorul și care evidențiază potențialul de risc a situațiilor ce întrețin sau declanșează impactul. În atări împrejurări se află bolnavul cu evoluție trenantă și acutizări periodice sau victima care, prin comportamentul său dizarmonic sau psihoreactiv, întreține o stare de tensiune reziliată printr-o reacție de impact.

— Atitudine motivată patologic cu inducție activă către conflictualitate și din care decurge caracterul său provocator. Victima, în

această relație, manifestă o durabilă malignitate comportamentală, ca în cadrul structurilor impulsive, cverulente sau narcomanice sau, ca atunci cînd stabilesc un sistem delirant comun de inducție reciprocă.

Într-o altă accepțiune, ne-am putea baza pe 4 situații clinice într-o astfel de analiză relațională :

— Raport victimologic indiferent ; în cadrul victimelor necunoscute.

— Raport victimologic cu semnificație în dezvoltarea motivației agresive ; în cazul victimelor indiferente.

— Raport de întărire a acțiunii agresive ; în cazul victimelor active.

— Raport de includere motivațională, cum este în cazul victimelor potențiale.

Reciproca analiză a relației victimă-agresor, în scopul unei înțelegeri depline a motivațiilor, a inclus multiple psihoteste, îndeosebi de personalitate, plecînd de la constatarea lui Weler, după care, comportamentul agresorului trebuie citit prin personalitatea victimei, iar relația victimă-agresor trebuie totdeauna apreciată ca biunivocă, deseori victima programînd dinamica unei agresiuni delincvente (10).

Relația victimologică prezintă particularități în raport cu tipul de agresiune : în actele de suicid sau violențele sexuale, în relațiile de familie sau dintre părinți și copii, în bolile psihice sau în situațiile de provocare prin credulitate. În toate aceste situații, cercetarea victimizării devine similară cercetării lui „inter criminis“ sau actului de criminogeneză și este în măsură să aprofundeze motivația actului delincvent și să poată acționa pentru profilaxia victimizării (7).

Dreptul persoanei de a fi protejată, în scopul de a nu deveni victimă, nu exclude efortul profilactic al justiției în scopul asistenței victimei, alături de explicarea științifică a relației victimă-agresor. În demersul medicol-legal-psihiatric, analiza motivațională alături de cea victimologică, corespunde conceptului antropologic și social integrativ care explică științific fenomenologia psihică prin criterii relaționale. Sub aspect profilactic, victimologia și psihopatologia interacțiunii constituie un criteriu de analiză medicală cu beneficii pentru munca judiciară de prevenire. Psihopatologia interacțiunii oferă un suport conceptual înțelegerii unor atitudini și comportamente din care decurg diferite tipuri de relații comunitare cu valoare uneori patogenă și care, alături de sprijinul oferit în procesul judiciar în realizarea sa practică, permit anticiparea riscului de a deveni victimă și prin aceasta a unor situații de delincvență. Analiza victimologică, în concepția noastră, se oferă ca un criteriu metodologic suplimentar de explorare cu posibilități probatorii și profilactice extinse. Ea dă suport și valoare profilaxiei inadaptării comportamentului aberant precum și aptitudinii de a deveni victimă. Faptul se impune, în plus, ca o latură a umanismului legislativ și juridic ce vizează condiția sanogenetică a persoanei și protecția afirmării sale.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Brânzei P, Scripcaru Gh., Pirozynski T : *Comportamentul aberant în relaţiile cu mediul*, Edit. Junimea, Iaşi, 1970.
2. Drapkin I., Viano E. (red.) : *Victimology a new focus*, Lexington, Books, Toronto-London, 1973.
3. Golu N. : *Principii de psihologie cibernetică*, Edit. Ştiinţifică, Bucureşti, 1975.
4. Pirozynski T., Scripcaru Gh. : *Victimology*, second Symp., Boston, 1976, pp. 49—50.
5. Pirozynski T., Scripcaru Gh., Pirozynski Miarka : Rev. Med. Chir., 1983, 1, pp. 9—14.
6. Pirozynski T., Scripcaru Gh., Pirozynski Miarka : Rev. Med. Chir., 1979, nr. 4, pp. 565—571.
7. Schneider H. J. : Ciba, Rev., 1981, pp. 1—2.
8. Scripcaru Gh., Pirozynski T. : Méd. Lég. ed. domm, comp, 1969, nr. 2, p. 107.
9. Scripcaru Gh., Terbancea M. : *Patologie medico-legală*, EDP, Bucureşti, 1978.
10. Van Rilaer J. : Ciba, Rev., 1981, 2—3.

VICTIMOLOGY AND PSYCHIATRIC FORENSIC CARE DELIVERY

Summary

The psychopathology of interaction, of which victimology takes part offers a conceptual support for the understanding of some attitudes and behaviours from which various types of communitary relations with sometimes pathogenic values implied in juridical practice result. The motivational analysis beside the victimological one corresponds to the anthropological and integrative-social concept which explains psychic phenomenology by means of relational criteria. The victimologic analysis offers thus supplimentary methodologic criteria of investigation with proving and prophilactic possibilities.

The authors give the result of their own researches in which they originally developed the typology of victimologic categories.

ACTIVITATEA EXPERTALĂ ȘI ASISTENȚA MEDICO-SOCIALĂ

Gh. Scripcaru, T. Pirozynski

Institutul Medico-Legal și Clinica de Psihiatrie Iași

DELINCVENȚA CONSTITUIE O FORMĂ DE EȘEC A DEZVOLTĂRII personalității umane. Fără a fi o fatalitate a naturii, ea constituie un efect al raportului incomplet, nevaloric, dintre învățare și dezvoltare. De aceea, factorii săi de risc, sau factorii precipitanți de conjunctură ce favorizează trecerea la act, privesc perturbarea comunicării valorilor și a integrării lor în personalitate. Acești factori generează matrici de personalități destructurate, mecanisme de perturbare prin conflicte intrapsihice și relaționale, traume psihoafective, frustrări, deprivare culturală sau boli psihice. Cu alte cuvinte, comportamentul infracțional apare ca un sindrom de destructurare a personalității, care poate fi prezis, deseori, prin inventarierea factorilor săi de risc. Ca decompensare a personalității, delincvența este în același timp un eșec al socializării pozitive cu socializare negativă a comportamentului în grupurile marginale. Carența afectivă, părinții patogeni, lipsa controlului social, măsurile pedagogice neadecvate, eșecul școlar, constituie factori relaționali care precipită decompensările personalității. De aceea, măsurile de resocializare prin restructurarea personalității, adoptarea de structuri sociale protectoare, de sănătate a familiei, de comunitate naturală de viață, prin modele parentale și adaptarea școlii la elevi, constituie soluții inevitabile ce decurg din analiza factorilor de risc ai devianței.

După Pinatel, personalitatea delincventă se caracterizează prin egocentrism, labilitate psihică, agresivitate, indiferență afectivă și apare drept consecință a multiplicării frustrațiilor iar per a contrario, afecțiunea mamei, coeziunea familiei, climatul valoric al grupului devin adevărate instrumente de predicție. Pe structura personalității delincvente, alcoolul și subcultura vor agrava comportamentul iar, prin intermediul grupului, vor accentua solidaritatea deviantă de grup și dependența reciprocă (4).

Măsurile de readaptare se vor aplica întotdeauna infractorilor responsabili, a căror responsabilitate s-a stabilit după criterii multidisciplinare : morale (de distingere a binelui de rău), psihologice și judiciare (de judecare și apreciere corectă a situațiilor), sociologice (de adaptare la normativitate) și filosofice (de conștiință de sine și ipseitate din care decurge priza de conștiință a libertății de a alege). Aceste criterii, în-

tr-aceleași timp obiective și subiective, atestă în ce măsură omul este liber prin determinările și motivele sale și ca atare responsabil, transformînd responsabilitatea într-o vocație alterocentrică, posibilă de stabilit în motivațiile sale, mai ales în cadrul științelor ce tind a deveni exacte (9).

În faptele delincvente expertiza medico-legală psihiatrică va avea ca obiective (6, 7) :

— Analiza faptului imputabil ca act unitar cu circumstanțele sale de efectuare, în care, cercetarea primelor elemente de anchetă și a comportamentului postfaptic capătă o mare relevanță științifică. În acest stadiu însă faptele analizate nu vor avea o valoare clinică și diagnostică.

— Examinarea evoluției personalității subiectului sub aspectul analizei ontologice și relaționale.

— Examenul clinic de identificare a anomaliilor mentale evidente ori ascunse, cu dexteritatea clinică impusă de lipsa de cooperare și sinceritate a bolnavului.

— Examenele paraclinice de depistare a cauzelor organice ale tulburărilor mintale. Frecvent însă, factori etiologici comuni, produc tulburări clinice diferite. Fapta va trebui să fie în relație cauzală cu simptomatologia bolii, de unde interpretarea cu prudență și circumspecție a rezultatelor investigațiilor. Explorările paraclinice pot rămîne silențioase în unele discomportamente grave, încît, confruntarea rezultatelor cu datele clinice devine obligatorie. Astfel alcoolul nu antrenează în mod identic același tip de tulburări clinice, iar examenul psihologic poate fi esențial pentru delincvența nepatologică.

— Stabilirea responsabilității psihice, prin analiza semiologică a comportamentului în vederea identificării stării de sănătate sau a procesualității bolii. Aceste informații integrate în sinteza datelor reconstitutive ale personalității tind să precizeze dacă o persoană în raport de un comportament consumat și-a putut da seama de acțiunile sau inacțiunile sale, sau nu poate fi stăpîn pe acestea.

Iresponsabilitatea psihică implică drept condiție comiterea faptei prevăzută de lege fără capacitatea de a înțelege fapta și a dirija voința.

— Măsurile medicale, medico-sociale și medico-pedagogice adecvate de redresare și reinserție a comportamentului patologic.

Pentru rezolvarea problemelor mai sus enunțate, cunoașterea cadrului legal al activității expertale devine absolut necesară.

Expertiza medico-legală psihiatrică constituie o probă ce vizează analiza actului comis și a responsabilității corespunzătoare față de el. Ea trebuie să răspundă nevoii de pertinență și concludență judiciară. Proba concludentă nu poate fi respinsă, solicitarea sa devenind un fel de „onus probandi“. Dar, pînă la stabilirea iresponsabilității, expertul va lucra cu prezumpția de responsabilitate, ca și în cazul nevinovăției, iar lipsa de terifare a valorii probelor și libertatea administrării lor, nu le conferă o valoare dinainte stabilită. Expertul va tinde spre certitudine sau își va manifesta îndoiala, convingerile sale fiind motivate și univoce. În aceeași optică, mărturisirile nu au valoare de probă în expertiză iar

mărturiile de bună credință vor fi luate în limitele lor medicale. Prevederile legale stabilesc nevoia unor constatări tehnico-științifice, ca urgență pentru pericolul dispariției mijloacelor de probă și care, spre deosebire de expertize, se pot efectua de către orice specialist și nu neapărat în instituții oficiale. Constatările se fac cu precădere în cursul examinării penale, îndeosebi în morți violente, dar și în cazuri de tulburări psihice implicate în astfel de acte. Spre deosebire de constatare, expertiza devine o probă autentică, fiind făcută de experții competenți, desemnați oficial în virtutea oficialității expertizei. Expertizele devin obligatorii în omor deosebit de grav, îndoieli asupra stării psihice rezultate din antecedente sau apărute în cursul procesului penal, în vederea aprecierii condițiilor pruncuciderii sau pentru suspendarea urmăririi, judecății și executării unei pedepse. Expertizele, inclusiv cele psihiatrice, nu sînt contradictorii, neputînd fi cerute în același timp de organele oficiale și de părți. Instanța are obligația de a pune materialul de expertizat și dosarul la dispoziția expertului, iar expertul, de a le examina personal, de a nu divulga datele constatate, a respecta termenele stabilite și a fi de bună credință. El întocmește un raport format din trei părți : introductivă, cu obiectivele expertizei ; descriptivă, cu relatările bolnavului, rezultatele examenului și a explorărilor complementare și concluzivă ; cu concluzii categorice, afirmative sau negative, ori probabile ; ce răspund la problematica expertizei medico-legale psihiatrice. Cînd apar materiale noi, sau cînd expertul nu epuizează problematica expertizei, se poate solicita un supliment de expertiză aceluiași expert ori altuia, iar în caz de îndoieli, se poate solicita o nouă expertiză altor experți. Expertizele, prin convingerea făcută, au valoare probantă, juristul trebuind să motiveze înlăturarea sa. De aceea pentru a evita nulitățile absolute sau relative, expertizele trebuie făcute în condiții legale, atari nulități (totale sau parțiale, exprese sau virtuale) rezultînd din încălcări care nu pot fi înlăturate altfel, ca de exemplu : lipsa anchetei sociale, lipsa competenței expertului (1, 8).

Statutul expertului decurge din prezumpția de competență și obiectivitate, ca și din luciditatea actelor sale, consecință a unei analize raționale care vizează stabilirea discernămîntului. Un statut expertal decurge apoi din răspunderea întocmirii dosarului de personalitate, care include examenul psihologic, medical și ancheta evoluției personalității. În virtutea acestui statut, expertul este în incompatibilitate ori de cîte ori este soț sau rudă cu părțile, cînd și-a exprimat anterior părerea, cînd este martor în proces, este interesat direct sau indirect, material sau moral în cauză, incompatibilitate invocată din motive de obiectivitate, imparțialitate sau prevalență a expertului asupra martorului. Incompatibilitățile se rezolvă prin abținere (cînd o cere expertul) sau recuzare (cînd o cer părțile). Raportul expertului va face biografia inculpatului, va expune faptele imputabile, va prezenta datele examenului psihiatric precum și a examenelor complementare, va discuta faptele și va conchide dacă fapta comisă este în raport de cauzalitate cu tulburarea mintală, precum și gradul de periculozitate al bolnavului. Tot-

deauna concluziile expertizei vor fi certe și nicidecum ambigui sau contradictorii (9).

În vederea unei acțiuni de reeducare, precizarea stării de nocivitate a unui comportament patologic se impune cu necesitate.

Starea periculoasă care obligă la măsuri speciale de prevenire, constituie o noțiune criminologică cu implicații privind relațiile sociale. Precizarea sa necesită consultarea medicului curant și cunoașterea condițiilor socio-familiale, în vederea stabilirii criteriilor medicale și sociologice ce o definesc. Atunci cînd mediul de existență a bolnavului devine periculos, în definirea stării periculoase prin noțiunea de risc se va avea în vedere și vîrsta, violențele anterioare, personalitatea patologică, abuzul de alcool. Calculul psihiatric al coeficientului de predicție implică deci un diagnostic psihopatologic, cunoașterea factorilor de risc precum și a factorilor de control profesional, familial sau medical ce îl generează. În orice situație însă, tulburările de personalitate ce condiționează legătura cu mediul sînt cele ce dau validitate criteriilor de reinserție.

Starea periculoasă poate lua forma auto sau heteroagresivității, directe sau indirecte ; un coeficient major prezintă agitațiile psihomotorii ostile sau incoherente, confuzive sau anxioase, melancoliile delirante și halucinatorii, agresivitățile cu atacuri brutale, neprevăzute și neprovocate, sindroamele confuzionale cu dezorientare și false recunoașteri, suicidul sau anxietatea paroxistică. Se atestă ca periculoși bolnavii care prin manifestările lor pun în pericol viața și sănătatea lor sau a altora, ca și valorile materiale, sau care tulbură repetat și grav condițiile de muncă și viață în familie și societate. Ei se tratează în mod obligatoriu, ambulator sau în spital, la solicitarea scrisă a celor ce vin în contact cu bolnavul sau a unităților sanitare. Aceștia sesizează Comitetele executive și apoi, prin policlinică și spital, o comisie de 3 psihiatri hotărăște asupra nocivității și în 24 ore este înștiințată familia, bolnavul și procuratura, reexaminarea avînd loc obligatoriu după 2 luni. Contestațiile se judecă de urgență de către judecătorie iar transportul se asigură de către organele sanitare și evidența acestor bolnavi se ține în unitățile sanitare competente.

În aprecierea stării periculoase, mare valoare epistemologică o au simptomele de boală, care permit criterii ce disting stările tranzitorii de cele periculoase. Dificultatea explorării lor constă în a nu se sesiza starea periculoasă la un bolnav psihic sau de a atribui o stare nocivă unui om normal. Criteriile juridice includ gravitatea faptei, reiterarea comportamentului, caracterul său subit și imprevizibil sau cronic, în condițiile neînțelegerii actului comis, iar criteriile etiologice definesc periculozitatea ca fiind invers proporțională cu disoluția conștiinței și distrugerea personalității ca și cu atitudinea provocatoare a victimei. Indicii medico-psihologici, sociologici sau juridici evaluează potențialul de nocivitate socială a bolnavului psihic în baza unor tabele de predicție. Acestea atestă că nocivitatea descrește de la actele halucinatorii imperative la delirul de influență și la actele automatice, fapt ce obligă la

măsuri de siguranță, cînd instituțiilor medicale li se va înainta hotărîrea instanței cu anexele sale și anume raportul medico-legal de expertiză. Prin direcția sanitară, aceste acte ajung la instituția curativă care confirmă tribunalului aplicarea măsurilor de siguranță care au rol preventiv (de prevenire a stării periculoase și a unor noi infracțiuni) și curativ (tratament obligatoriu). Măsurile de siguranță se aplică pentru orice boli ce alterează răspunderea fără a o înlătura. Revocarea măsurilor se face la cererea persoanei adresată instanței, iar alături de atari măsuri se poate solicita și amînarea executării pedepselor pentru boli psihice grave.

În tulburările psihice care nu alterează responsabilitatea, reeducarea se impune ca o măsură umanistă și socială de caracter juridic (2, 3, 5).

Reeducarea celor în impact cu legea se bazează pe caracterul inovator al învățămîntului actual care este anticipativ, se bazează pe fapte concrete, experiențe de viață și este selectiv, vizînd aspectele dezirabile în direcția cărora acționează. Reeducarea are scopul de a crea noi alternative de conduită, de a stimula capacitatea de a face față la situații noi, insolite de mediu și viață. Învățarea devine o adaptare la împrejurările în permanentă schimbare.

Terapia comportamentală se impune ca o abordare medicală, pedagogică, psihologică și socială a reeducării, cu rezultate maxime, atunci cînd vizează decondiționarea sau recondiționarea comportamentului și personalizarea sa prin măsuri terapeutice, profesionale și educative. Această terapie psihologică include :

— psihoterapia individuală sau de grup ce actualizează în mod constructiv forțele eu-lui ;

— psihoterapia individuală prin tehnici explicative privind cauzele delincvenței și tehnici finaliste de transformare a agresivității și de socializare a pulsiunilor în fapte utile ;

— terapia ocupațională de învățare a muncii în mediul social și de cristalizare și revalorizare a atitudinilor antisociale ;

— socioterapia de utilizare a resurselor educogene și nucleului pozitiv al grupului, asociată deseori cu recompense pedagogic administrate ;

— educația profesională prin convorbiri și metode active ce fac agresivitatea educabilă și sublimabilă.

Metodele psiho- și socioterapice vor fi ajutate de chimio-terapia comportamentului agresiv, care va facilita contactele și socializarea (5). Se va apela la medicamente reglatoare ale dispozițiilor, și care previn acutizările cu risc comportamental.

Terapia se va aplica însă cu consimțămîntul bolnavului, ca expresie a eticii medicale.

Remisiunile vor echivala cu vindecarea cînd reinserția se poate face în familie, societate și profesie, dar deseori remisiunile permit doar relații socio-familiale. Respectarea principiilor recuperării, în esență acordul responsabil cu activitatea zilnică și accentuarea trăsăturilor valide de personalitate și comportament, va face rezultatele totdeauna

încurajatoare și stenice și vor infirma afirmațiile pesimiste, după care, „efortul ar fi prea mare pentru rezultatele prea puține".

Activitatea expertală este expresia unei competențe medicale, cu valorizare etică, prin însușire informațională, experiență cît și însușirea principiilor și a formelor de asistență ce privesc bolnavul și relațiile sale de existență. În acest sens învățămîntul și cercetarea medicală au rostul să asigure intervenția sa valorică la nivelul progresului științific contemporan.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Basarab M. : *Drept penal*, EDP, București, 1983.
2. Cohen A. : *La deviance*, Edit. Duculot, 1971.
3. Landry M. : *Le psychiatre au tribunal*, Edit. Privat, 1976.
4. Pinatel J. : *Traité de science penit. et de défance soc.*, Edit. Sirey, 1961.
5. Păunescu C. : *Deficiență mintală și organizarea personalității*, EDP, București, 1977.
6. Predescu V. : *Urgențe în psihiatrie*, Edit. Medicală, București, 1983.
7. Pirozynski T. : *Elemente de psihiatrie*, IMF, Iași, 1980.
8. Scripcaru Gh., Terbancea M. : *Patologie medico-legală*, EDP, București, 1979.
9. Teodoru Gr. : *Drept penal procesual*, EDP, București, 1979.

EXPERTISING ACTIVITY AND MEDICO-SOCIAL CARE

Summary

The expertising activity is the expression of medical competence shown by the authors within the context of legal regulations of the conditions of committment and constitution elements through which it is precised the aspect of medical and social care delivery. The data and observations regarding this activity resulted from the experience of the authors which mean to make use through the clarifications mentioned in the paper for medical theory and practice in this field. In this respect it is analysed the interdisciplinary content of medical research regarding the psychopathology of relational behaviour and the modalities of intervention for promoting psychoprophilaxy and mental health.

ACTIVITATEA EXPERTALĂ ŞI ASISTENŢA MEDICO-PEDAGOGICĂ

T. Pirozynski, Gh. Scripcaru, H. Gottlieb, T. Ciornea, Monica Plăhteanu, V. Astărăstoae, Gh. Drăghici

Clinica de Psihiatrie şi Institutul Medico-Legal Iaşi

DISCOMPORTAMENTUL ÎN PERIOADA JUVENILITĂŢII, PRIN RISCUL perturbării la vîrsta adultă, constituie o preocupare importantă de profilaxie şi psihoterapie. Preocuparea se reflectă în spiritul legii, care, în timpul examinării obligă la chemarea unor persoane şi ascultarea lor în relaţie cu faptele minorilor (părinţi şi tutori) pînă la vîrsta de 16 ani precum şi la obligativitatea anchetei sociale. Dacă încălcarea primei dispoziţii duce la nulitate relativă, încălcarea celei de a doua duce la nulitate absolută. În timpul judecăţii, procedura penală instituie comisii de judecată pe lîngă instituţii, cu participarea organelor de justiţie, consecutiv hotărîrii cărora minorul este încredinţat familiei. Pentru fapte grave, judecata se face în instanţe.

Sub aspectul responsabilităţii, pînă la 14 ani, faptele minorilor sînt considerate ca făcute fără discernămînt (prezumţie absolută), între 14—16 ani cu prezumţia relativă a lipsei de discernămînt, iar între 16—18 ani cu prezumţia relativă a prezenţei discernămîntului. Deşi minorii comit infracţiuni, ei nu sînt supuşi pedepsei penale ci împotriva lor se adoptă măsuri educative. Astfel, reeducarea se efectuează prin învăţare sau activităţi ocupaţionale şi se adoptă în raport de faptă, persoană şi aspectul discomportamental. Pentru minorii cu deficite mintale uşoare sau medii se poate adopta internarea într-un institut medical avînd caracter educativ (învăţămînt special ajutător dictat de diagnosticul defactologic) iar pentru debilităţile grave, cămine şcolare, cămine atelier sau cămine spital.

Într-o perioadă de mai mulţi ani, 938 minori au fost examinaţi medical din care 90% băieţi şi 10% fete, 5% sub 14 ani, 47% între 14—16 ani şi 47% între 16—18 ani, proveneau în 60% cazuri din mediul urban şi în 40% cazuri din mediul rural. Ca factori relaţionali, în 35% cazuri s-au întîlnit familii dezorganizate, în 50% cazuri şcolarizarea era insuficientă şi deficitară iar în 30% cazuri minorii nu aveau o integrare ocupaţională. Recidiva comportamentală s-a întîlnit în 10% cazuri. Profilul actelor discomportamentale cît şi conţinutul lor atestă diferite forme de nocivitate în care unii au fost autori şi inductori ai altora ca participanţi induşi. Sub aspectul aprecierii discernămîntului, în majoritatea

cazurilor faptele au fost comise cu discernământ corespunzător vîrstei, cu discernământ diminuat prin condiții medico-psihologice și situaționale și alții au fost diagnosticați cu severe deficite neuropsihice care impuneau o asistență medicală.

Din concluziile de mai sus au decurs și propunerile de reinserție medico-pedagogică ce ne-au permis constatările de mai jos în 75% cazuri minorii au fost încredințați cu recomandare pentru reeducarea familială și școlară, în 15% cazuri s-au recomandat măsuri de reeducare specializate și în 10% din cazuri s-a recomandat asistență medicală protectivă și recuperatorie într-un program durabil.

Măsurile propuse au luat în considerare necesitatea adaptării efortului minorului la capacitățile sale intelectuale, de aplicarea adecvată a măsurilor psihopedagogice, de îmbinarea adecvată a condițiilor de autoritate și proprie inițiativă, de educarea persuasivă a personalității prin crearea „liniilor de perspectivă", în care deține un rol deosebit grupul de reeducare. Totdeauna, recomandarea de reeducare s-a bazat pe realitatea omului perfectibil și nu pe mitul omului perfect, accentuîndu-se caracterul său umanist, ca mijloc terapeutic. Reeducarea s-a recomandat celor cu tulburări de comportament și fără procesualitate sau deficite biomedicale. Minorilor cu debilitate mintală ușoară și medie li s-au recomandat modalități de învățămînt ajutător în școli ajutătoare sau profesionale, iar minorilor cu debilități mintale grave, cămine școală, cămine atelier sau chiar cămine spital. În cadrul acestor mijloace s-a accentuat necesitatea stimulării creativității de grup, în care un mare rol l-a jucat componența grupului și conducerea sa. Grupul oferă relații de comunicare directă, un grad înalt de organizare, o accentuată diferențiere a rolului fiecărui participant și o cunoaștere clară a scopurilor față de care trebuie să manifeste o puternică adeziune. Din acest punct de vedere, grupurile heterogene cognitiv au fost superioare celor omogene.

Plecînd de la constatarea că devianța exprimă un deficit de socializare consecutiv perturbării proceselor de asimilare a normelor socioculturale în personalitate și comportament precum și perturbării proceselor de acomodare la mediul de existență și normele sale, handicapurile adaptării au fost clasificate în :

— handicapuri cu dominanța procesualității biomedicale în evoluție, sau grav sechelară ;

— handicapuri cu dominanța discomportamentală simplă sau asociată deficitului în oligofrenii de gradul I ;

— handicapuri discomportamentale induse prin relații de grup, carență afectivă, exces de autoritate, disociere familială, adopțiune, greșeli parentale educative sau de erori pedagogice.

Imaginea comprehensivă a acestor handicapuri într-o teorie a disociabilității elaborată de Muchielli concepe devianța ca datorată unor factori psiho-sociali neinteriorizați și neacceptați ca norme de comportare sau ca o falsă percepție a normelor și celor din jur și o inevaluare adecvată a consecințelor actelor proprii de comportament din care de-

curge respingerea oricăror roluri sociale. Predominența acestui comportament disocial a fost căutată de Glueck în relațiile socio-afective inadecvate din familie, de Kwaraceus în absentismul școlar, indiferență, reacții disproporționate, reacții violente, companii nocive, limbaj obscen, furt și sexualitate precoce, factori care îi oferă ca indici de comportament.

În activitatea expertală s-a acordat atenție factorilor bio-medicali generatori de disociabilitate, factori care nu pot face abstracție de indicii de predicție mai sus menționați.

Oricum, cercetarea medicală prin explorare și diagnostic disociază aceste aspecte, de factorii relaționali familiali sau alte inducții comportamentale de grup. În comportamentul debililor mintali au fost caracteristice trăirile sub tensiunea diferitelor pulsiuni și instincte, spiritul critic redus, dificultățile majore de anticipare. În tulburările motivaționale, au fost caracteristice instabilitatea emotivă și comportamentul de la lipsa sensibilității pînă la tensiuni patologice. Tulburările caracteriale au fost particularizate prin reacții marcate de opoziție și agresivitate, instabilitate afectivă și inafectivitate.

Corecta apreciere a sindroamelor bio-medicale ca și a factorilor relaționali implicați într-o conduită impecabilă în majoritatea cazurilor a permis recomandarea reeducării familiale și școlare în scopul creerii condițiilor de reinserție socială printr-o socializare și redresare a tulburărilor de comportament. S-a dat atenție oricăror malformații educative din mediul familial și școlar. S-au făcut propuneri de redresare a oricărui mediu patogen, avînd în vedere dificultatea suportării frustrațiilor și conflictelor de către copii.

Ori de cîte ori relația familială nu oferea posibilitatea remodelării comportamentale se apelează la relațiile de grup psihopedagogic școlar. În scopul unei reinserții sociale eficiente plecăm de la realitatea reeducării mai facile a discomportamentului ocazional decît a celui habitual, de la principiul individualizării metodelor și procedurilor de reeducare în raport de personalitatea în dezvoltare a minorului și de la principiul continuității acțiunilor de reeducare. Rezultatele reintegrării sociale, de natură personală prin simpatie și afecțiune, au invederat forța centrifugă a unei personalități în dezvoltare și au satisfăcut nevoile minorului conform dezvoltării motivațiilor sociale. Totdeauna, reintegrarea s-a manifestat concomitent prin predominență socio-culturală sau economică a unei calificări profesionale adecvate.

Cu fiecare ocazie, în cadrul muncii expertale, s-a tentat accentuarea măsurilor profilactice de natură psiho-sociologică, pedagogică sau juridico-socială. Măsurile psiho-sociologice au vizat îndeosebi alegerea adecvată a profesiunii iar măsurile psihopedagogice au vizat cu precădere prevenirea dezvoltării unor personalități dizarmonice.

În sfîrșit, măsurile juridico-sociale au vizat cu precădere necesitatea unei prevenții generale microsociale și de microgrup a disociabilității, necesitatea unei prevenții speciale a tulburărilor de comportament ca și a evitării situațiilor ce întreține riscul de reiterare ale acestora.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Chazal J. : *L'enfance délinquante*, PUF, 1967.
2. Ionescu G. : *Psihologia deficienților mintali*, Edit. Acad. R.S.R., București, 1983.
3. Mucchielli R. : *Metode active în pedogogie*, EDP, București, 1982.
4. Păunescu C. : *Coordonate metodologice ale recuperării minorilor inadaptați*, EDP, București, 1984.
5. Pirozynski T., Pirozynski Miarka : Neurol. Psihiat. Neurochir., 1980, nr. 2, pp. 107—111.
6. Scripcaru Gh., Terbancea M. : *Patologie medico-legală*, EDP, București, 1983.

EXPERTING ACTIVITY AND MEDICAL AND PEDAGOCICAL CARE

Summary

There are analysed the disbehavioural situations at the age when the experting activity reveals, besides medical aspects the importance of psycho-pedagogical care delivery. In this respect the protective content of the experting regulations during the period of juvenile development promotes the research of the risk factors of disbehaviour for the actions of prophilaxy, treatment or differentiated recuperatory care within sanogenetic relations. The authors give in a synthetic way and based on their own experience the relation between disbehavioural peculiarities and psycho-protective actions of medical and psycho-pedagogical care delivery.

NOSOLOGIE PSIHIATRICĂ, BOLNAV MINTAL, INFRACȚIUNE

Al. Olaru, Stela Arsene, G. Bădescu

Facultatea de Medicină Craiova
Clinica de Psihiatrie

COMITEREA UNEI INFRACȚIUNI ȘI ATITUDINEA FAȚĂ DE INfractor rămîne în orice situație o problemă cu implicații multiple, factorul de decizie avînd prin aceasta obligația unei formații interdisciplinare. O atare dimensiune îi conferă posibilitatea unei orientări teoretice generale și a unei rezolvări reale a particularului în spiritul unei echități cît mai aproape de exigența ideală. Afirmația rămîne valabilă pentru infractorul obișnuit penalizabil (deși agresivitatea aflată la temelia oricărei infracțiuni are rădăcini profunde în unele pulsiuni adesea incomprehensibile), dar, mai ales, este aplicabilă în contextul atitudine — bolnav mintal, infractor — boală mintală. Conceptele, pentru a fi supuse discuției, se cer definite în accepția actuală.

Privită istoric, problema se arată de o mare variabilitate, conținutul conceptelor oscilînd temporo-spațial, legat de condițiile socio-culturale locale, așa după cum o relevă legiuirea nescrisă, cutumieră și, mai apoi, legiuirea scrisă a tuturor societăților organizate. În circumscrierea actului infracțional intră un element legal (ceea ce legea interzice și pedepsește), un element etic și un element sociologic (un act contrar moralei și vătămător societății), un element biologic (comportament cu substrat biologic) și un element psihologic (comportament antisocial — simptom al unei boli mintale). Oricare ar fi actul infracțional, fie că interesează bunurile materiale ale semenilor și ale societății, fie viața și integritatea unei persoane sau a acesteia însăși, fie denunțarea calomniatoare, fie viața sexuală, societatea de totdeauna și de pretutindeni s-a apărat împotriva acestui act și a avut o atitudine univocă față de acela ce îl comite, izolarea sau îndepărtarea din mijlocul său. Această penalizare pare a fi fost aceeași atît pentru infractorul considerat responsabil, cît și pentru infractorul bolnav mintal, considerat fără sau cu discernămînt scăzut în comiterea infracțiunii.

Progresele medicinii au dus la o cunoaștere mai complexă a personalității, a determinismului biologic și social, al condiției sale și a comportamentului său, psihiatria a beneficiat de datele geneticii biopatologice, ale sociologiei, ale etnologiei, ale psihanalizei, ale fenomenologiei, ale terapeuticii și ale psihofarmacologiei, menite să aducă noi lumini în

cunoașterea bolnavului mintal, cu mutații importante în nosologia psihiatrică dar, mai ales, în posibilitatea de a cerceta starea de agresivitate, de a controla comportamentul bolnavului mintal, de a varia și de a institui după voie un regim de sedare sau de stimulare a funcțiunilor mintale. Aceste progrese științifice, în virtutea principiului interdisciplinarității, vor modifica nu numai condiția și statutul bolnavului mintal infractor dar, vor influența și cercetările juridice, putînd modifica teoria și practica penologiei în domeniul *apărării* sociale față de acest tip de infractor.

Marile grupări nosologice psihiatrice puse în discuție în legătură cu infracțiunea sînt : stările nevrotice, stările psihopatice-psihopatoide, inclusiv perversiunile și toxicomaniile, stările psihotice : timice (maniamelancolia), noetice (paranoia-schizofrenia), confuzionale (sindroame psihoorganice cerebrale), stările de deteriorare — agenezie (demențe, oligofrenii). În decursul fiecăreia se pot comite acte antisociale ce necesită o examinare medico-legală cu stabilirea discernămîntului în vederea deciziei finale. Intensității comportamentale din cursul grupărilor nosologice citate se corelează cu gradul de discernămînt.

Bolnavul mintal cu trăsătura sa diferențială proprie, constituie adevărata realitate psihiatrică. Fiecare face boala *sui generis* exprimată într-un comportament unic, ce-i aparține în exclusivitate. Infracțiunea bolnavului poartă pecetea individualității sale, deși factorii care o condiționează sînt multipli, intrinseci și extrinseci. Discernămîntul și, ca atare, responsabilitatea, urmează aceeași amprentă a subiectivității, ca atare, a diversificării relative. Același lucru se poate spune și despre actul antisocial denumit infracțiune, el poate fi diferit ca formă de manifestare și gravitate, de la infim și nesemnificativ la major și de intensă periculozitate, în funcție de baremurile axiologice ale unei societăți date, într-o epocă anumită. Bolnavul mintal, prin fenomenologia sa, este definit de un psihiatru contemporan ca privat de libertatea individuală și socială. Suferința sa îi răpește capacitatea de autocontrol, de decizie, de comportament relațional, de liber arbitru ce se află și la baza opțiunii conduitei, dezintegrîndu-i temporar sau mai îndelungat, reversibil sau ireversibil, edificiul personalității. Din însăși această definire se deduce că boala și bolnavul mintal implică obligator o alterare a discernămîntului. *Shakespeare*, cu geniala sa intuiție, a suprins acest adevăr în versurile prin care Hamlet se disculpă față de Lartes, înainte de duel : *Ai fost jignit, dar nu te-a jignit Hamlet. / Cînd Hamlet scos din minți, nemaifiind / El însuși îl jignește pe Laertes, / Atunci nu Hamlet face această faptă. / Dar cine o face ? — O face nebunia-i, / Iar Hamlet este-alături de jignit ; / Sminteala-i e dușman bietului Hamlet.* Urmînd logica acestui aspect al problemei fiecare dintre grupările nosologice psihiatrice și bolnavii încadrați în una din ele, și în urma comiterii unei infracțiuni, pot fi corelați diferitelor grade de discernămînt-responsabilitate, luînd în considerație predominența unui anumit mecanism psihopatologic în geneza infracțiunii. Psihanaliza ne informează asupra mecanismelor psihopatologice ce prezidează comiterea diferitelor

infracțiuni la *nevrotici* (autopunițiunea, compensarea pentru o frustrare, imposibilitatea de a suporta abandonul într-o relație interpersonală, trecerea la act într-o obsesie). Dezinhibiția tendințelor pulsionale ale unor bolnavi de manie se soldează cu numeroase infracțiuni, mai ales dacă bolnavul consumă și alcool, iar în logica patologică a melancolicului (idei de învinovățire, de expiere și de eliberare prin moarte) se poate afla motivația suicidului, a pruncuciderii, a omucidului altruist. O motivație net delirantă este aceea din *paranoia,* unde în infracțiune, cel mai adesea crimă de omor, paranoicul pregătește cu atenție și metodic răzbunarea față de persoane din preajma sa, care îi apar drept persecutorii săi. Mecanismul ce prezidează *impulsiunea omucidă* denumită *nemotivată,* prin care debutează schizofrenia hebefrenică, este numai în aparență ca atare, dovedindu-se a fi urmarea unei dezinhibiții agresive și delirante latente. *Stările de confuzie mintală* de diferite grade întîlnite în diferite stări : — obnubilarea trecerii de la somn la veghe (beția somnului) în somnambulism, în sugestie hipnotică, în echivalențele și stările postcritice epileptice, în frecventele tulburări ale conștiinței din alcoolism sau din adaosul alcoolismului în psihoze endogene și stări psihoorganice cerebrale —, se pot afla la baza unor acte antisociale pînă la crimă, printr-o activitate impulsivă, total necontrolată și fortuită, pe care bolnavul nu și-o poate explica, fiind adesea și amnezică. În cazul alcoolismului datele electroencefalografice evocă o epilepsie larvată cînd agresivitatea se manifestă, ca și în beția acută, sub forma dezinhibiției și a reacției impulsive, sau ca în delirul de gelozie alcoolic, unde infracțiunea are în subsidiar o impotență sau o imaturitate sexuală, ce exacerbează revendicarea afectivă. Stările de deteriorare a personalității din diferite forme ale demenței se manifestă prin acte antisociale diverse și a căror motivație este legată de o dezinhibiție pulsională ca urmare a deficitului intelectual prin leziuni cerebrale. Mecanisme psihopatologice de dezinhibiție pulsionale explică infracțiunile din diverse sindroame psihoorganice cerebrale de etiologie traumatică tumorală, infecțioasă, toxică. Fenomenele de sevraj, de necesitate și de diminuare totală a simțului etic explică diversele infracțiuni din toxicomaniile contemporane ale lumii occidentale (heroinomania, hașișismul, amfetomania, cocainomania etc.). În decursul unor stări de *agenezie a personalității* realizată de diferitele grade ale oligofreniei, infracțiunile pot fi sugerate sau pot fi expresiile unor reacții impulsive emoționale pe fondul lor de minus intelectual de diferite grade. Un mare număr de infracțiuni este corelat *stărilor psihopatice-psihopatoide,* unde intră și perversiunile și unele toxicomanii, și a căror formă de act antisocial apare înscrisă, în parte genetic, în parte imprimată în timpul formării personalității, la un sadic, la un pervers moral, la un dependent de toxic, la un pervers sexual. Trăsăturile personalității acestora : amoralitate, asociabilitate, lipsa unei învățături din experiența acțiunilor, prevalarea satisfacerilor pulsionale și a scăderii marcate a autocontrolului se află la baza mecanismului infracțional. Dorim să accentuăm faptul că nu trebuie tras semnul egalității între o

grupă nosologică psihiatrică și stabilirea gradului de discernămînt — responsabilitate. Elementul concret ce trebuie luat în considerație este bolnavul mintal și infracțiunea sa ce se prezintă strict individual și, ca atare, prezintă o variabilitate aproape infinită. Nu trebuie uitat că psihofarmacologia ultimelor trei decenii a eliberat mult pe bolnavul mintal de suferința sa, ceea ce are un ecou și asupra comiterii unui act antisocial și poate, asupra măsurilor medicinii judiciare, dat fiind că și discernămîntul-responsabilitatea pot obține unele ameliorări, încît individualizarea trebuie să cîștige teren în decizia finală.

Pentru aceasta considerăm necesar ca aceia ce se ocupă de bolnavul mintal-infractor și față de destinul acestuia, trebuie să fie și să rămînă personalități cu amplă pregătire interdisciplinară, pentru a surprinde actul infracțional și pe făptuitor sub toate aspectele și totodată să dovedească o înaltă conduită morală, umană și socială găsind soluțiile optime pentru fiecare infractor-bolnav mintal cît și pentru societatea timpului.

Bibliografia la autori.

PSYCHIATRY NOSOLOGY, MENTAL PACIENT, OFFENSE

Summary

The medico-psychological and comparative study carried out in two groups, the former of delinquents, the latter as controls one made up of non-delinquents, offered the possibility of detecting personality disturbances that, in correlation with the environmental and educational elements, can become risk factors in adopting a deviant behaviour of social inadaptation.

The importance of this scientific study shows the necessity of a complex but differentiated prophylaxy in which the psychiatric intervention should not be overlooked.

DISTORSIUNI ALE CONDUITEI UMANE EXISTENȚIALE

Stela Teodorescu, L. Iacob
Universitatea „Al. I. Cuza" — Iaași

CONDUITA UMANĂ EXISTENȚIALĂ, ÎN AFARA DETERMINĂRII sale obiective, a prezentat, prezintă și va prezenta *moduri* concrete de realizare, nu numai multiple, ci și *diferite*, în funcție de *calitatea* interrelațiilor umane, calitate, la rîndul ei, profund marcată și de diverși factori psihici.

Printre acești factori psihici, elementele structural-operaționale ale personalității, obiectivate în diverse conduite sociale, îndeosebi atitudinile față de sine, față de ceilalți, față de muncă, atunci cînd prezintă *anumite* caracteristici proprii, ce exprimă nu atît absența sau deficiența unor procese, capacități psihice cognitive superioare, ci o *configurație* aparte, rezultantă a accentuării unor sentimente și trăsături psihice, conferă *constelației* relațional-umane (interpersonale, intergrupate) note *dominante* specifice, care — indiferent de forma negativă a particularizării lor în cadrul activității sociale — au, totdeauna, ca efecte acționale *distorsiuni relaționale* ce viciază profund climatul social existențial prin halo-ul trăirilor negative, care *autoconsumă* și *consumă*, epuizînd inutil „patrimoniul" psihic propriu, dar, ceea ce este mai grav, și pe cel al celorlalți.

Conduitele sociale, cum observa P. Janet, pentru a fi realizate corect, cer nu numai o anumită forță psihică, ci și un grad elevat al tensiunii psihice (1), deoarece aceste conduite, spre deosebire de altele, prin însăși *natura* lor — reacții față de *semeni* (de intențiile, atitudinile, conduitele schimbătoare ale acestora) sînt costisitoare, în consecință, obositoare, iar în unele condiții pot deveni chiar epuizante. Apoi, totdeauna, cu atît mai mult în condițiile contemporaneității, ciclurile vieții (4) prin multitudinea și diversitatea rolurilor sociale asumate au pus și pun pentru fiecare om probleme specifice de adaptare și integrare socială, probleme a căror soluționare este departe de a fi uniformă și fără accidente, Iată cum, după cum afirmă, cu autoritatea certificatei autorități, O. Onicescu, „din filosofică, cum era în trecut, problema condiției umane a devenit obiect de știință... A întregului complex de științe ale omului" (3).

grupă nosologică psihiatrică și stabilirea gradului de discernămînt — responsabilitate. Elementul concret ce trebuie luat în considerație este bolnavul mintal și infracțiunea sa ce se prezintă strict individual și, ca atare, prezintă o variabilitate aproape infinită. Nu trebuie uitat că psihofarmacologia ultimelor trei decenii a eliberat mult pe bolnavul mintal de suferința sa, ceea ce are un ecou și asupra comiterii unui act antisocial și poate, asupra măsurilor medicinii judiciare, dat fiind că și discernămîntul-responsabilitatea pot obține unele ameliorări, încît individualizarea trebuie să cîștige teren în decizia finală.

Pentru aceasta considerăm necesar ca aceia ce se ocupă de bolnavul mintal-infractor și față de destinul acestuia, trebuie să fie și să rămînă personalități cu amplă pregătire interdisciplinară, pentru a surprinde actul infracțional și pe făptuitor sub toate aspectele și totodată să dovedească o înaltă conduită morală, umană și socială găsind soluțiile optime pentru fiecare infractor-bolnav mintal cît și pentru societatea timpului.

Bibliografia la autori.

PSYCHIATRY NOSOLOGY, MENTAL PACIENT, OFFENSE

Summary

The medico-psychological and comparative study carried out in two groups, the former of delinquents, the latter as controls one made up of non-delinquents, offered the possibility of detecting personality disturbances that, in correlation with the environmental and educational elements, can become risk factors in adopting a deviant behaviour of social inadaptation.

The importance of this scientific study shows the necessity of a complex but differentiated prophylaxy in which the psychiatric intervention should not be overlooked.

DISTORSIUNI ALE CONDUITEI UMANE EXISTENȚIALE

Stela Teodorescu, L. Iacob
Universitatea „Al. I. Cuza" — Iași

CONDUITA UMANĂ EXISTENȚIALĂ, ÎN AFARA DETERMINĂRII sale obiective, a prezentat, prezintă și va prezenta *moduri* concrete de realizare, nu numai multiple, ci și *diferite*, în funcție de *calitatea* interrelațiilor umane, calitate, la rîndul ei, profund marcată și de diverși factori psihici.

Printre acești factori psihici, elementele structural-operaționale ale personalității, obiectivate în diverse conduite sociale, îndeosebi atitudinile față de sine, față de ceilalți, față de muncă, atunci cînd prezintă *anumite* caracteristici proprii, ce exprimă nu atît absența sau deficiența unor procese, capacități psihice cognitive superioare, ci o *configurație* aparte, rezultantă a accentuării unor sentimente și trăsături psihice, conferă *constelației* relațional-umane (interpersonale, intergrupate) note *dominante* specifice, care — indiferent de forma negativă a particularizării lor în cadrul activității sociale — au, totdeauna, ca efecte acționale *distorsiuni relaționale* ce viciază profund climatul social existențial prin halo-ul trăirilor negative, care *autoconsumă* și *consumă*, epuizînd inutil „patrimoniul" psihic propriu, dar, ceea ce este mai grav, și pe cel al celorlalți.

Conduitele sociale, cum observa P. Janet, pentru a fi realizate corect, cer nu numai o anumită forță psihică, ci și un grad elevat al tensiunii psihice (1), deoarece aceste conduite, spre deosebire de altele, prin însăși *natura* lor — reacții față de *semeni* (de intențiile, atitudinile, conduitele schimbătoare ale acestora) sînt costisitoare, în consecință, obositoare, iar în unele condiții pot deveni chiar epuizante. Apoi, totdeauna, cu atît mai mult în condițiile contemporaneității, ciclurile vieții (4) prin multitudinea și diversitatea rolurilor sociale asumate au pus și pun pentru fiecare om probleme specifice de adaptare și integrare socială, probleme a căror soluționare este departe de a fi uniformă și fără accidente. Iată cum, după cum afirmă, cu autoritatea certificatei autorități, O. Onicescu, „din filosofică, cum era în trecut, problema condiției umane a devenit obiect de știință... A întregului complex de științe ale omului" (3).

grupă nosologică psihiatrică și stabilirea gradului de discernămînt — responsabilitate. Elementul concret ce trebuie luat în considerație este bolnavul mintal și infracțiunea sa ce se prezintă strict individual și, ca atare, prezintă o variabilitate aproape infinită. Nu trebuie uitat că psihofarmacologia ultimelor trei decenii a eliberat mult pe bolnavul mintal de suferința sa, ceea ce are un ecou și asupra comiterii unui act antisocial și poate, asupra măsurilor medicinii judiciare, dat fiind că și discernămîntul-responsabilitatea pot obține unele ameliorări, încît individualizarea trebuie să cîștige teren în decizia finală.

Pentru aceasta considerăm necesar ca aceia ce se ocupă de bolnavul mintal-infractor și față de destinul acestuia, trebuie să fie și să rămînă personalități cu amplă pregătire interdisciplinară, pentru a surprinde actul infracțional și pe făptuitor sub toate aspectele și totodată să dovedească o înaltă conduită morală, umană și socială găsind soluțiile optime pentru fiecare infractor-bolnav mintal cît și pentru societatea timpului.

Bibliografia la autori.

PSYCHIATRY NOSOLOGY, MENTAL PACIENT, OFFENSE

Summary

The medico-psychological and comparative study carried out in two groups, the former of delinquents, the latter as controls one made up of non-delinquents, offered the possibility of detecting personality disturbances that, in correlation with the environmental and educational elements, can become risk factors in adopting a deviant behaviour of social inadaptation.

The importance of this scientific study shows the necessity of a complex but differentiated prophylaxy in which the psychiatric intervention should not be overlooked.

DISTORSIUNI ALE CONDUITEI UMANE EXISTENȚIALE

Stela Teodorescu, L. Iacob
Universitatea „Al. I. Cuza" — Iași

CONDUITA UMANĂ EXISTENȚIALĂ, ÎN AFARA DETERMINĂRII sale obiective, a prezentat, prezintă și va prezenta *moduri* concrete de realizare, nu numai multiple, ci și *diferite*, în funcție de *calitatea* interrelațiilor umane, calitate, la rîndul ei, profund marcată și de diverși factori psihici.

Printre acești factori psihici, elementele structural-operaționale ale personalității, obiectivate în diverse conduite sociale, îndeosebi atitudinile față de sine, față de ceilalți, față de muncă, atunci cînd prezintă *anumite* caracteristici proprii, ce exprimă nu atît absența sau deficiența unor procese, capacități psihice cognitive superioare, ci o *configurație* aparte, rezultantă a accentuării unor sentimente și trăsături psihice, conferă *constelației* relațional-umane (interpersonale, intergrupate) note *dominante* specifice, care — indiferent de forma negativă a particularizării lor în cadrul activității sociale — au, totdeauna, ca efecte acționale *distorsiuni relaționale* ce viciază profund climatul social existențial prin halo-ul trăirilor negative, care *autoconsumă* și *consumă*, epuizînd inutil „patrimoniul" psihic propriu, dar, ceea ce este mai grav, și pe cel al celorlalți.

Conduitele sociale, cum observa P. Janet, pentru a fi realizate corect, cer nu numai o anumită forță psihică, ci și un grad elevat al tensiunii psihice (1), deoarece aceste conduite, spre deosebire de altele, prin însăși *natura* lor — reacții față de *semeni* (de intențiile, atitudinile, conduitele schimbătoare ale acestora) sînt costisitoare, în consecință, obositoare, iar în unele condiții pot deveni chiar epuizante. Apoi, totdeauna, cu atît mai mult în condițiile contemporaneității, ciclurile vieții (4) prin multitudinea și diversitatea rolurilor sociale asumate au pus și pun pentru fiecare om probleme specifice de adaptare și integrare socială, probleme a căror soluționare este departe de a fi uniformă și fără accidente, Iată cum, după cum afirmă, cu autoritatea certificatei autorități, O. Onicescu, „din filosofică, cum era în trecut, problema condiției umane a devenit obiect de știință... A întregului complex de științe ale omului" (3).

grupă nosologică psihiatrică și stabilirea gradului de discernămînt — responsabilitate. Elementul concret ce trebuie luat în consideraţie este bolnavul mintal și infracţiunea sa ce se prezintă strict individual și, ca atare, prezintă o variabilitate aproape infinită. Nu trebuie uitat că psihofarmacologia ultimelor trei decenii a eliberat mult pe bolnavul mintal de suferinţa sa, ceea ce are un ecou și asupra comiterii unui act antisocial și poate, asupra măsurilor medicinii judiciare, dat fiind că și discernămîntul-responsabilitatea pot obţine unele ameliorări, încît individualizarea trebuie să cîștige teren în decizia finală.

Pentru aceasta considerăm necesar ca aceia ce se ocupă de bolnavul mintal-infractor și faţă de destinul acestuia, trebuie să fie și să rămînă personalităţi cu amplă pregătire interdisciplinară, pentru a surprinde actul infracţional și pe făptuitor sub toate aspectele și totodată să dovedească o înaltă conduită morală, umană și socială găsind soluţiile optime pentru fiecare infractor-bolnav mintal cît și pentru societatea timpului.

Bibliografia la autori.

PSYCHIATRY NOSOLOGY, MENTAL PACIENT, OFFENSE

Summary

The medico-psychological and comparative study carried out in two groups, the former of delinquents, the latter as controls one made up of non-delinquents, offered the possibility of detecting personality disturbances that, in correlation with the environmental and educational elements, can become risk factors in adopting a deviant behaviour of social inadaptation.

The importance of this scientific study shows the necessity of a complex but differentiated prophylaxy in which the psychiatric intervention should not be overlooked.

DISTORSIUNI ALE CONDUITEI UMANE EXISTENȚIALE

Stela Teodorescu, L. Iacob
Universitatea „Al. I. Cuza" — Iași

CONDUITA UMANĂ EXISTENȚIALĂ, ÎN AFARA DETERMINĂRII sale obiective, a prezentat, prezintă și va prezenta *moduri* concrete de realizare, nu numai multiple, ci și *diferite,* în funcție de *calitatea* inter-relațiilor umane, calitate, la rîndul ei, profund marcată și de diverși factori psihici.

Printre acești factori psihici, elementele structural-operaționale ale personalității, obiectivate în diverse conduite sociale, îndeosebi atitudinile față de sine, față de ceilalți, față de muncă, atunci cînd prezintă *anumite* caracteristici proprii, ce exprimă nu atît absența sau deficiența unor procese, capacități psihice cognitive superioare, ci o *configurație* aparte, rezultantă a accentuării unor sentimente și trăsături psihice, conferă *constelației* relațional-umane (interpersonale, intergrupate) note *dominante* specifice, care — indiferent de forma negativă a particularizării lor în cadrul activității sociale — au, totdeauna, ca efecte acționale *distorsiuni relaționale* ce viciază profund climatul social existențial prin halo-ul trăirilor negative, care *autoconsumă* și *consumă,* epuizînd inutil „patrimoniul" psihic propriu, dar, ceea ce este mai grav, și pe cel al celorlalți.

Conduitele sociale, cum observa P. Janet, pentru a fi realizate corect, cer nu numai o anumită forță psihică, ci și un grad elevat al tensiunii psihice (1), deoarece aceste conduite, spre deosebire de altele, prin însăși *natura* lor — reacții față de *semeni* (de intențiile, atitudinile, conduitele schimbătoare ale acestora) sînt costisitoare, în consecință, obositoare, iar în unele condiții pot deveni chiar epuizante. Apoi, totdeauna, cu atît mai mult în condițiile contemporaneității, ciclurile vieții (4) prin multitudinea și diversitatea rolurilor sociale asumate au pus și pun pentru fiecare om probleme specifice de adaptare și integrare socială, probleme a căror soluționare este departe de a fi uniformă și fără accidente, Iată cum, după cum afirmă, cu autoritatea certificatei autorități, O. Onicescu, „din filosofică, cum era în trecut, problema condiției umane a devenit obiect de știință... A întregului complex de științe ale omului" (3).

grupă nosologică psihiatrică și stabilirea gradului de discernămînt — responsabilitate. Elementul concret ce trebuie luat în considerație este bolnavul mintal și infracțiunea sa ce se prezintă strict individual și, ca atare, prezintă o variabilitate aproape infinită. Nu trebuie uitat că psihofarmacologia ultimelor trei decenii a eliberat mult pe bolnavul mintal de suferința sa, ceea ce are un ecou și asupra comiterii unui act antisocial și poate, asupra măsurilor medicinii judiciare, dat fiind că și discernămîntul-responsabilitatea pot obține unele ameliorări, încît individualizarea trebuie să cîștige teren în decizia finală.

Pentru aceasta considerăm necesar ca aceia ce se ocupă de bolnavul mintal-infractor și față de destinul acestuia, trebuie să fie și să rămînă personalități cu amplă pregătire interdisciplinară, pentru a surprinde actul infracțional și pe făptuitor sub toate aspectele și totodată să dovedească o înaltă conduită morală, umană și socială găsind soluțiile optime pentru fiecare infractor-bolnav mintal cît și pentru societatea timpului.

Bibliografia la autori.

PSYCHIATRY NOSOLOGY, MENTAL PACIENT, OFFENSE

Summary

The medico-psychological and comparative study carried out in two groups, the former of delinquents, the latter as controls one made up of non-delinquents, offered the possibility of detecting personality disturbances that, in correlation with the environmental and educational elements, can become risk factors in adopting a deviant behaviour of social inadaptation.

The importance of this scientific study shows the necessity of a complex but differentiated prophylaxy in which the psychiatric intervention should not be overlooked.

DISTORSIUNI ALE CONDUITEI UMANE EXISTENȚIALE

Stela Teodorescu, L. Iacob
Universitatea „Al. I. Cuza" — Iași

CONDUITA UMANĂ EXISTENȚIALĂ, ÎN AFARA DETERMINĂRII sale obiective, a prezentat, prezintă și va prezenta *moduri* concrete de realizare, nu numai multiple, ci și *diferite*, în funcție de *calitatea* interrelațiilor umane, calitate, la rîndul ei, profund marcată și de diverși factori psihici.

Printre acești factori psihici, elementele structural-operaționale ale personalității, obiectivate în diverse conduite sociale, îndeosebi atitudinile față de sine, față de ceilalți, față de muncă, atunci cînd prezintă *anumite* caracteristici proprii, ce exprimă nu atît absența sau deficiența unor procese, capacități psihice cognitive superioare, ci o *configurație* aparte, rezultantă a accentuării unor sentimente și trăsături psihice, conferă *constelației* relațional-umane (interpersonale, intergrupate) note *dominante* specifice, care — indiferent de forma negativă a particularizării lor în cadrul activității sociale — au, totdeauna, ca efecte acționale *distorsiuni relaționale* ce viciază profund climatul social existențial prin halo-ul trăirilor negative, care *autoconsumă* și *consumă*, epuizînd inutil „patrimoniul" psihic propriu, dar, ceea ce este mai grav, și pe cel al celorlalți.

Conduitele sociale, cum observa P. Janet, pentru a fi realizate corect, cer nu numai o anumită forță psihică, ci și un grad elevat al tensiunii psihice (1), deoarece aceste conduite, spre deosebire de altele, prin însăși *natura* lor — reacții față de *semeni* (de intențiile, atitudinile, conduitele schimbătoare ale acestora) sînt costisitoare, în consecință, obositoare, iar în unele condiții pot deveni chiar epuizante. Apoi, totdeauna, cu atît mai mult în condițiile contemporaneității, ciclurile vieții (4) prin multitudinea și diversitatea rolurilor sociale asumate au pus și pun pentru fiecare om probleme specifice de adaptare și integrare socială, probleme a căror soluționare este departe de a fi uniformă și fără accidente. Iată cum, după cum afirmă, cu autoritatea certificatei autorități, O. Onicescu, „din filosofică, cum era în trecut, problema condiției umane a devenit obiect de știință... A întregului complex de științe ale omului" (3).

grupă nosologică psihiatrică și stabilirea gradului de discernămînt — responsabilitate. Elementul concret ce trebuie luat în considerație este bolnavul mintal și infracțiunea sa ce se prezintă strict individual și, ca atare, prezintă o variabilitate aproape infinită. Nu trebuie uitat că psihofarmacologia ultimelor trei decenii a eliberat mult pe bolnavul mintal de suferința sa, ceea ce are un ecou și asupra comiterii unui act antisocial și poate, asupra măsurilor medicinii judiciare, dat fiind că și discernămîntul-responsabilitatea pot obține unele ameliorări, încît individualizarea trebuie să cîștige teren în decizia finală.

Pentru aceasta considerăm necesar ca aceia ce se ocupă de bolnavul mintal-infractor și față de destinul acestuia, trebuie să fie și să rămînă personalități cu amplă pregătire interdisciplinară, pentru a surprinde actul infracțional și pe făptuitor sub toate aspectele și totodată să dovedească o înaltă conduită morală, umană și socială găsind soluțiile optime pentru fiecare infractor-bolnav mintal cît și pentru societatea timpului.

Bibliografia la autori.

PSYCHIATRY NOSOLOGY, MENTAL PACIENT, OFFENSE

Summary

The medico-psychological and comparative study carried out in two groups, the former of delinquents, the latter as controls one made up of non-delinquents, offered the possibility of detecting personality disturbances that, in correlation with the environmental and educational elements, can become risk factors in adopting a deviant behaviour of social inadaptation.

The importance of this scientific study shows the necessity of a complex but differentiated prophylaxy in which the psychiatric intervention should not be overlooked.

DISTORSIUNI ALE CONDUITEI UMANE EXISTENȚIALE

Stela Teodorescu, L. Iacob
Universitatea „Al. I. Cuza" — Iași

CONDUITA UMANĂ EXISTENȚIALĂ, ÎN AFARA DETERMINĂRII sale obiective, a prezentat, prezintă și va prezenta *moduri* concrete de realizare, nu numai multiple, ci și *diferite*, în funcție de *calitatea* interrelațiilor umane, calitate, la rîndul ei, profund marcată și de diverși factori psihici.

Printre acești factori psihici, elementele structural-operaționale ale personalității, obiectivate în diverse conduite sociale, îndeosebi atitudinile față de sine, față de ceilalți, față de muncă, atunci cînd prezintă *anumite* caracteristici proprii, ce exprimă nu atît absența sau deficiența unor procese, capacități psihice cognitive superioare, ci o *configurație* aparte, rezultantă a accentuării unor sentimente și trăsături psihice, conferă *constelației* relațional-umane (interpersonale, intergrupate) note *dominante* specifice, care — indiferent de forma negativă a particularizării lor în cadrul activității sociale — au, totdeauna, ca efecte acționale *distorsiuni relaționale* ce viciază profund climatul social existențial prin halo-ul trăirilor negative, care *autoconsumă* și *consumă*, epuizînd inutil „patrimoniul" psihic propriu, dar, ceea ce este mai grav, și pe cel al celorlalți.

Conduitele sociale, cum observa P. Janet, pentru a fi realizate corect, cer nu numai o anumită forță psihică, ci și un grad elevat al tensiunii psihice (1), deoarece aceste conduite, spre deosebire de altele, prin însăși *natura* lor — reacții față de *semeni* (de intențiile, atitudinile, conduitele schimbătoare ale acestora) sînt costisitoare, în consecință, obositoare, iar în unele condiții pot deveni chiar epuizante. Apoi, totdeauna, cu atît mai mult în condițiile contemporaneității, ciclurile vieții (4) prin multitudinea și diversitatea rolurilor sociale asumate au pus și pun pentru fiecare om probleme specifice de adaptare și integrare socială, probleme a căror soluționare este departe de a fi uniformă și fără accidente, Iată cum, după cum afirmă, cu autoritatea certificatei autorități, O. Onicescu, „din filosofică, cum era în trecut, problema condiției umane a devenit obiect de știință... A întregului complex de științe ale omului" (3).

Arta, dublată de știința de a trăi sau, cu alte cuvinte, *profilaxia vieții cotidiene* înseamnă — pe lîngă educare și autoeducare permanentă — capacitatea de a organiza judicios bugetul de timp, prin *selectarea* conduitelor sociale, făcută de grija eliminării celor excesiv și inutil costisitoare, prin *fixarea* cu responsabilitate a unui nivel de aspirație și a unor idealuri realizabile, în deplină concordanță cu posibilitățile reale înfăptuirii lor, prin *evitarea,* atît cît este posibil, a partenerilor *ergofagi,* prin *pregătirea* anticipativă, treptată și continuă (printr-un antrenament social) de a face față și acestora, atunci cînd ele se impun inevitabil.

Apare dubla întrebare : *prin ce* se caracterizează conduitele sociale ce pot „ruina" capacitățile psihice adaptative și, prin aceasta, pot greva climatul social existențial, *ce* particularități psihice conturează profilul persoanelor ergofage ?

Dacă *noutatea* situațiilor, *complexitatea* acestora, *caracterul presant* al împrejurărilor, *durata* solicitării constituie, fiecare în parte, deși prin modalități diferite, tot atîtea surse ce fac conduitele sociale dificile și, în consecință, impun consum energetic mare, cu atît mai greu de realizat corect se vor dovedi ele în cazul *sumării* efectelor lor, totale sau parțiale.

Dar, în efectuarea acestor relații, atitudini, conduite deloc de neglijat este și *structura de ansamblu a personalității* proprii, ca și aceeaa a partenerilor angajați în aceste situații-evenimente existențiale ale diverselor microgrupuri, deoarece forma lor concretă de realizare, acțională și relațională, depinde, într-o măsură considerabilă de aceștia, deoarece *climatul socio-afectiv și moral* al oricărui colectiv, *atmosfera* acestuia, de securitate, confort (relaxant-stimulativă), sau, dimpotrivă, de neîncredere, încordare, teamă (tensional-inhibitivă) sînt, înainte de toate, consecințe intrinseci ale modalităților de raportare om-om, ceea ce nu înseamnă întotdeauna realizarea lor, de la sine, pe linia omenescului și, îndeosebi, al *umanului.*

Cunoașterea condiționării conduitelor și relațiilor sociale (interindividuale și intergrupale), de *structura și dinamica personalității umane,* cu luminile, dar și umbrele sale, impune descifrarea dominantelor lor operaționale pentru a le orienta, reorienta și, mai ales, *stabiliza* pe linia *echilibrării social-integrative ascendente.*

Ori, din această perspectivă, condiția umană existențială, climatul social, stilul de muncă, de viață, al diverselor microgrupuri (familiale, școlare, profesionale), totdeauna a fost și încă este tarat, degradat — degradare care este cu atît mai evidentă cu cît se află în vădită contradiție cu principiile și normele societății noastre — *nu* atît de existența, prezența, în cadrul lor a unor subiecți mentali-patologici, cu rol și statut bine definit (deoarece, de regulă, pentru aceștia se iau măsurile cuvenite, sau, cel puțin, sînt considerați, și tratați ca atare), ci, de existența (prezența și activitatea) uneia sau mai multor persoane cu *deficiențe* caracteriale atitudinal-aptitudinal-aspiraționale, cu *tulburări psihice* afectiv-temperamentale, pe un precar fond conativ, care nu impun

nici spitalizarea temporală, cu atît mai puțin permanentă a acestora, nici apelul la măsuri penale.

Menționînd doar că aceste deficiențe, tulburări, constituie de regulă, expresii negative de obiectivare ale unor trăsături proprii diverselor personalități accentuate — trăsături cărora, după cum se știe, li s-ar fi putut asigura forme *pozitive* de manifestare, dacă, în cadrul și pe baza unei profilaxii preventive, de lungă durată și complexă, li s-ar fi asigurat un alt context formativ-situațional-existențial familial, școlar, profesional, *altul* decît cel deja trăit, credem că *îngrădirea psihomorală*, fermă față de orice tentativă de distorsiune relațional-atitudinal-aspirațională, unanim și consecvent probată prin vorbă și faptă, *oricînd* și *oriunde*, constituie *via regia* de asanare a climatului existențial, ca și axa oricărei strategii și tactici relațional-atitudinale față de aceste persoane ergofage.

Referindu-ne, îndeosebi, la persoanele adulte, normale, mature intelectual, unele chiar cu un ridicat Q.I., dar dificile, extrem de dificile prin *imaturitatea* lor *socioafectivă* și *morală* ce tulbură în fel și chip, dar întotdeauna profund, prin conduitele și atitudinile lor sociale *neintegrative, necooperative, subiectiv-contestatare*, pe baza unei sterile nemulțumiri de sine și, prin proiecție, de alții, climatul, atmosfera, stilul de muncă și de viață al diverselor colective, într-un cuvînt condiția existențial-umană ; *subscriind*, pe deplin convinși, „că în explorarea structurii personalității nici considerațiile teoretice, nici cercetările experimentale nu ne vor ajuta să ajungem mai departe dacă nu vom studia în mod concret omul însuși, așa cum se comportă el în viață, verificînd pe această cale atît teoria, cît și experiența“ (2) ; *menționînd* numai multitudinea aspectelor pe care conduita de ansamblu a omului o poate dobîndi prin *accentuarea* trăsăturilor firii umane, multitudine ce se particularizează, după autorul sus-citat, în personalități : demonstrative, hiperexacte, hiperperseverente, demonstrativ-hiperperseverente, nestăpînite, hiperperseverente-nestăpînite, anxioase, anxioase-hiperperseverente, emotive, distimice, distimice-hiperperseverente, hipertimice, hipertimice-demonstrative, labile afectiv, exaltate, demonstrative-exaltate, introvertite, introvertite-hipertimice, extravertite, personalități care (așa cum rezultă din minuțioasa și convingătoarea analiză făcută) ar fi putut dobîndi și forme pozitive de manifestare ; conștienți fiind de imposibilitatea de a enumera, cu atît mai puțin de a analiza paleta vastă a acestor conduite, vom indica cîteva din principalele lor *forme tipice* de manifestare, cu scopul de a fi mai ușor *identificate* în viața de zi cu zi, și, în consecință, de a adopta față de persoanele în conduita cărora le întîlnim frecvent, o atitudine corespunzătoare, în sensul evitării pericolului „contagiunii“ în accepțiunea janetiană a acestui termen.

La un grup de persoane ergofage, putem întîlni *absența gustului pentru muncă* și diverse *abulii sociale*. Deși permanent în stare de agitație (pe plan motor la firile isteric-demonstrative, pe plan mental la cele psihastenice și introvertite), ele se dovedesc a fi, în fond, incapabile

de a se adapta oricărei situaţii, în sensul de a efectua corect conduitele *conducerii* şi, corelat, pe cele ale *ascultării,* ale *colaborării* sub multiplele lor forme de manifestare social-concretă, cît şi de a trăi real sentimentele lor, lipsite de conţinutul adecvat care le-ar da consistenţă. „Neînţelese, pentru că nu fac nici un efort pentru a se putea înţelege, dar atribuind celorlalţi propria lor incapacitate dau frîu liber manifestării diverselor *manii* ale *ascunderii, secretului, minciunii, împiedicării activităţii celorlalţi*".

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Janet P.: *La force et la faiblesse psychologiques*, Maloine, Paris, 1930.
2. Leonhard K: *Personalităţi accentuate în viaţă şi în literatură,* Edit. enciclopedică română, Bucureşti, 1972.
3. Onicescu, O.: *Pe drumurile vieţii,* Edit. şt. şi encicl., Bucureşti, 1981.
4. Şchiopu U., Verza E.: *Psihologia vîrstelor*, EDP, Bucureşti, 1981.

DISTORTION OF EXISTENTIAL HUMAN CONDUCT

Summary

The first part of the paper estaablished general orientation lines for the whole body of problems under discussion.

The second part, mostly applied in nature, helps to build a point of view on the dialectical relation between form and content of the phenomenology of human personality. Under certain circumstances this relation may appear in the form of various kinds of adaptability failure risk depending on the particular framework within which a child, youth or grown-up acquires his/her life experience.

The psychological analysis of the negative effects of such adaptability failure risks together with extensive previous researches on the subject help the authors to draw a set of conclusions concerning some peculiar distortion of the process of adaptation to social conditions.

PERSONALITATE ŞI DEVENIRE

T. Prună

Universitatea „Al. I. Cuza" — Iași

DINTRE VARIATELE ACCEPȚIUNI CARE SE DAU CONCEPTULUI de personalitate, cea mai acceptabilă pare a fi aceea care pune accentul pe organizarea internă a structurii psihice a persoanei umane. Desigur, nu putem nega utilitatea celorlalte teorii, căci fiecare în parte subliniază aspecte (psihologice, sociologice, biologice etc.) importante din structura personalității, aspecte cu structuri și funcții implicate în mod diferit în autoreglajul comportamental al acesteia. Dar imaginea cea mai bogată în înțelesuri și explicarea cea mai cuprinzătoare a autoreglajului psihic al personalității ni-l oferă teoria care susține că esența personalității o constituie tocmai unitatea structurală și dinamică a trăsăturilor psihofizice ale acesteia. „Personalitatea este organizarea dinamică în cadrul individului a acelor sisteme psihofizice care determină gîndirea și comportamentul său caracteristic".

Cum se poate observa, definiția de mai sus este purtătoarea unor virtuți teoretico-interpretative demne de subliniat. Astfel, considerînd organizarea internă ca centrul de greutate al personalității se subliniază, implicit, rolul deosebit pe care îl joacă aceasta în determinarea structurilor comportamentale ale persoanei. Desigur, această orientare nu neagă rolul specific jucat de fiecare dimensiune psihologică sau biologică a personalității, conform cu structura și funcțiile sale proprii, ci doar subliniază faptul că acestea funcționează intercondiționat, grație organizării interioare prin care se definește, în principal, sistemul psihic uman.

În această accepțiune principiul nivelului intern de organizare a personalității devine un element fundamental, cu importante valențe teoretico-interpretative și practic-aplicative. În acest sens se poate afirma că autoreglajul comportamentului optim, adecvat, deci, situațiilor de viață cu care este confruntată persoana, depinde, într-o mare măsură, de nivelul organizării interne a personalității. Și invers, prezența comportamentelor inadecvate sau dezagregarea structurilor comportamentale pot fi considerate ca indicatori ai dezorganizării interne a personalității.

Desigur, nu orice modificare a structurii interne a personalității se constituie, automat, ca o condiție internă a unor comportamente inadec-

vate sau patologice. În anumite limite structura internă a personalității cunoaște transformări permanente. Multe dintre ele iau înfățișarea unor adevărate reorganizări adaptative, a unor recentrări ale persoanei în acord cu condițiile de existență, astfel încît echilibrul cu mediul ambiental se menține în condiții normale sau aproape de limitele normalității. Într-un anumit sens, personalitatea noastră trebuie chiar să și dispună de o anume mobilitate adaptativă a structurilor psihologice, rigiditatea fiind un factor care potențează eșecul adaptativ.

De altfel unul din sensurile denumirii de comportament autoreglat este și acela care se referă la capacitatea subiectului de a-și reorganiza seturile atitudinale și reacționale în conformitate cu cerințele care vin din exterior. Această organizare poate să însemne doar înlocuirea unor modalități de reacție cu altele, dar poate să se manifeste și prin schimbarea strategiilor comportamentale, ceea ce, evident, presupune un efort psihic mult mai mare. De unde necesitatea ca în strategiile educaționale educația pentru schimbare să ocupe un loc mai important.

În conformitate cu ideile avansate mai sus vrem să analizăm, succint, una din cele mai complexe probleme psihologice aferente teoriei personalității, anume problema devenirii acesteia. După cum se știe, toate sau aproape toate teoriile asupra personalității susțin că aceasta nu este un dat, ci ceva care se formează, marcînd istoria unei persoane și exprimînd, sintetic, istoria acesteia. Personalitatea — susține psihologul P. Janet — este un efort de unificare internă și distincție socială, cu triplă determinare temporală, prin intermediul căruia persoana își realizează inserția socială.

Prin devenirea personalității se înțeleg, îndeobște, două elemente importante și anume : a) construirea principalelor dimensiuni ale personalității, de la nivelul incipient pînă la maturitate ; b) dinamica motivațională a personalității, considerată ca principalul factor intern al autoreglajului comportamental, sub aspectul său determinativ.

Noi credem că devenirea personalității vizează într-o măsură importantă și efortul de unificare internă a diferitelor structuri psihice într-un sistem unitar, efort care are ca efect, în primul rînd, edificarea sistemului psihic individual, cu specificitatea sa inconfundabilă. Acest proces implică atît mecanisme cu finalitate de asimilare a unor scheme operaționale și valori axiologice, dirijate inițial, din exterior sau angajate din proprie inițiativă (automodelare), cît și realizarea unor determinări intrapsihice speciale, conformă cu particularitățile psihofizice esențiale ale persoanei.

Grație acestui efort de modelare și automodelare, personalitatea apare ca o rezultantă aptă să utilizeze un important număr de scheme operaționale, mintale și motorii, prin intermediul cărora se adaptează la mediu sau intervin activ în mediu, modificîndu-l în raport de interesele, aspirațiile și idealurile sale.

Spuneam că o adaptare se înscrie în limitele normalității, ale firescului, atunci cînd persoana utilizează scheme reacționale conforme

cu natura situației (situațiilor), a vîrstei sale, a rolului pe care îl joacă, precum și a normelor sociale care prescriu comportamentele umane ca atare. Orice distorsiune produsă la nivelul unuia sau mai multor paliere, sau desincronizare de creștere, de dezvoltare, poate determina reacții inadaptate, de forme și intensități deosebite. De aici necesitatea de a aprecia maturizarea și maturitatea personalității din acest unghi și, corespunzător, de a considera devenirea personalității și prin prisma edificării sistemului psihic intern al acesteia, într-un lot organic echilibrat ca nivel și moment de edificare.

De asemenea, considerăm că sensul termenului devenire se extinde și asupra comportamentelor readaptative. Se știe că în decursul vieții, sub impactul factorilor de trai, persoana trebuie, uneori să recurgă la noi modalități de existență, la conduite și comportamente diferite de cele prin care se adapta anterior. Aceste momente pot fi marcate de adevărate crize de adaptare, în unele cazuri puternice și de lungă durată. Determinarea interioară a acestor crize este complexă, dar deseori depășirea lor este condiționată tocmai de gradul de organizare internă a personalității, căci acesta facilitează sau nu efortul psihic special la care este supusă persoana în aceste condiții speciale. În acest sens putem spune că personalitatea devine pe tot parcursul existenței individuale.

Pe baza considerațiilor de mai sus susținem că devenirea este nu numai o caracteristică fundamentală a personalității, ci și o dimensiune cu caracter de permanență.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Allport, W.G. : Structura și dezvoltarea personalității, EDP, București, 1981.
2. Janet, P. : L'evolution psychologique de la personalité, Chahine, Paris, 1929.

PERSONALITY AND ADAPTABILITY

Summary

The author agrees with the theory which considers that the essence of personality is given by its inner organization and sugests that the development of personality should be also considered at that point.

CONSIDERAȚII PRIVIND RISCUL SUICIDAR ÎN PSIHOSINDROAMELE DEPRESIVE

P. Brânzei, V. Chiriță, P. Boișteanu, Fl. Teodorescu, N. Cosmovici

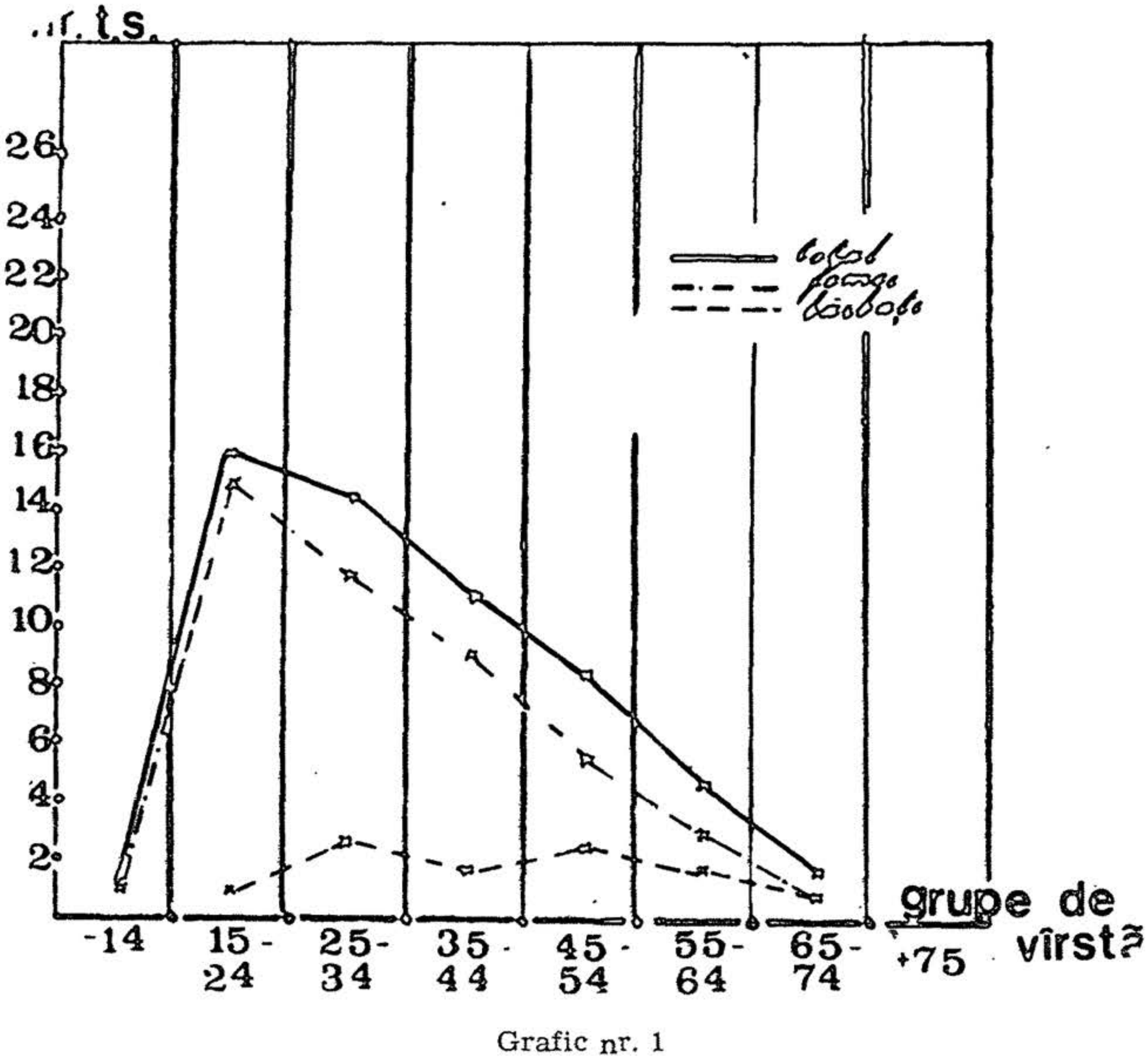
Institutul de Medicină și Farmacie Iași
Clinica de Psihiatrie

DINAMICA ASCENDENTĂ A COMPORTAMENTULUI SUICIDAR implică aprecierea factorilor de risc care constituie o problemă de practică medicală curentă ce se impune atît în psihiatrie, cît și în medicina generală. Evaluarea riscului suicidar, realizată prin examenul anamnestic, investigarea somato-psihică și scările de apreciere, este necesară în toate afecțiunile psihice, dar mai ales în stările depresiv-melancolice în care comportamentul suicidar face parte din contextul psihopatologic (4, 6, 9). Cu referire la bolile psihice, datele din literatură (1, 7) relevă un comportament suicidar în psihoze (52,2%, nevroze (23,2%) și alte tulburări psihice (21,8%). În cazul tentativelor suicidare (T.S.), ponderea afecțiunilor psihotice este mai redusă comparativ cu suicidul, raportul fiind de 20% față de 40%. Tentativele survin, în ordinea frecvenței, la personalitățile dizarmonice (32%), PMD (28%), epilepsie (15%), alcoolism cronic (11%), schizofrenie și deliruri sistematizate (10%), stări demențiale (3%), oligofrenie (1%).

În scopul aprecierii riscului suicidar în psihosindroamele depresive s-a procedat la analiza cazurilor de T.S. raportate la media anuală a internărilor pe o perioadă de 5 ani. Repartiția acestora în funcție de afecțiunea psihică relevă că ponderea cea mai mare este deținută de stările depresiv-nevrotive (39,3%), urmate de melancolie (12,8%), schizofrenie (12,7%), epilepsie (9,6%) și alcoolism (9%). În cazul stărilor depresiv-nevrotice și al melancoliei se constată preponderența sexului feminin și distribuția predominantă în grupele de vîrstă 15—24, 25—34, 35—44 și și 45—54 ani.

Din lotul de bolnavi apreciat ca semnificativ se poate constata că, în raport de boala psihică, T.S. survin, în ordinea frecvenței, în melancolie (38,15%), stări depresiv-nevrotice (17,15%), psihopatie (13,50%), epilepsie (8,55%), schizofrenie (7,20%) și alcoolism (5,92%), în timp ce la celelalte afecțiuni incidența acestora este redusă (3,20%). Totodată, atragem atenția asupra faptului că este posibil ca incidența reală a T.S. să fie mai mare, întrucît de multe ori bolnavul sau familia evită, din diverse motive, relatarea unei T.S. anterioare internării (aceeași remarcă este făcută și în statisticile OMS referitoare la T.S.).

Analiza cazurilor de melancolie internate relevă o incidență a T.S. la 4,7% din bolnavi, reprezentînd 38,15% din totalul cazurilor de T.S., cu preponderență pentru sexul feminin (79,30%) și o distribuție predominantă în grupele de vîrstă 15—24, 25—34 și 35—44 ani (grafic nr. 1). La bolnavii cu sindrom depresiv-nevrotic T.S. are o incidență de 0,69, reprezentînd 17,15% din totalul T.S., cu preponderență de asemenea pentru sexul feminin (61,50%) și predominanță în grupele de vîrstă 15—24 și 25—34 ani (grafic nr. 2). Analiza cumulată a cazurilor de melancolie și stări depresiv-nevrotice evidențiază ponderea crescută a T.S., care reprezintă 55,30% din totalul T.S., cu preponderența sexului feminin și distribuție predominantă în grupele de vîrstă 15—24, 25—34 și 35—44 ani (grafic nr. 3).

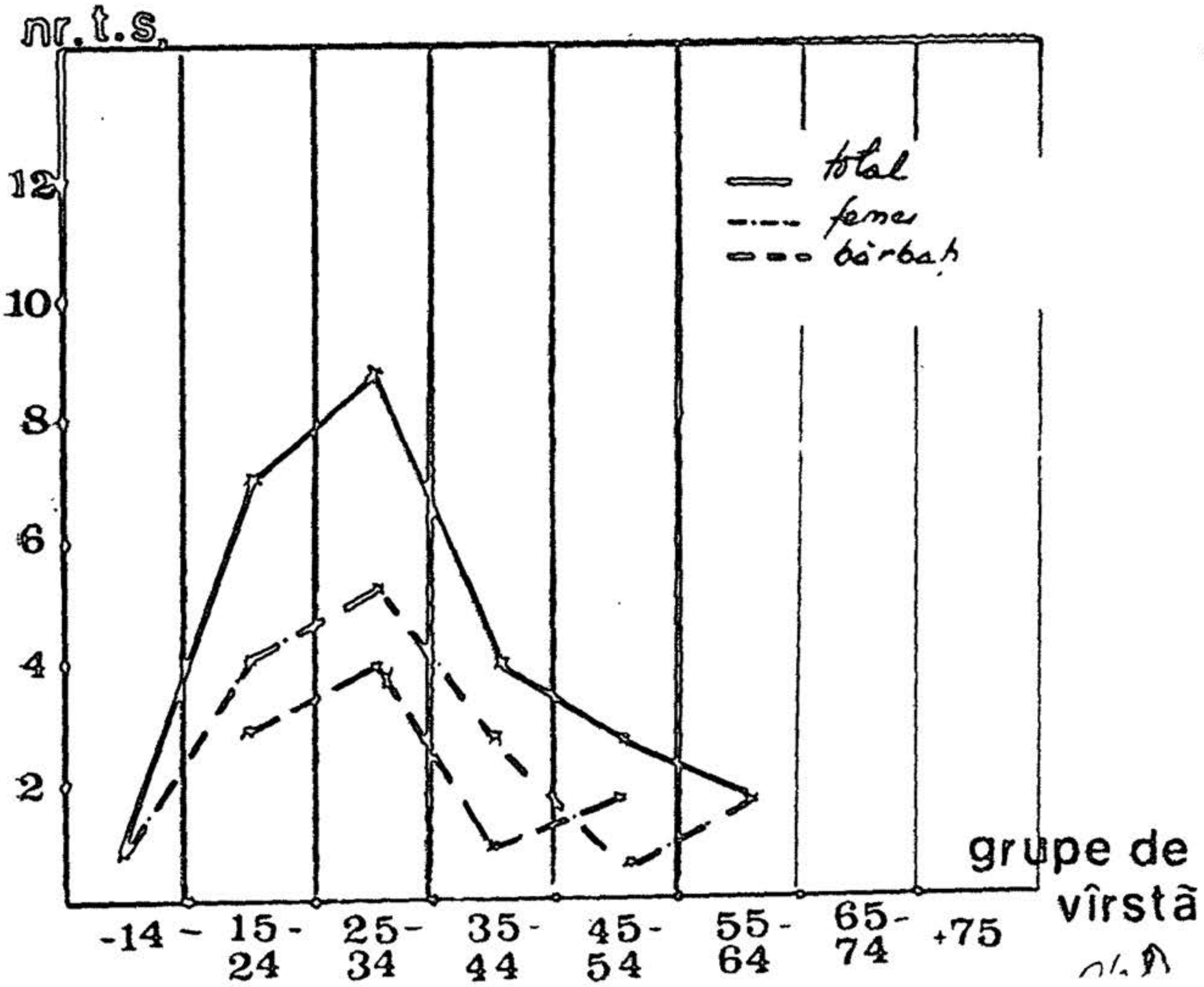


Grafic nr. 1

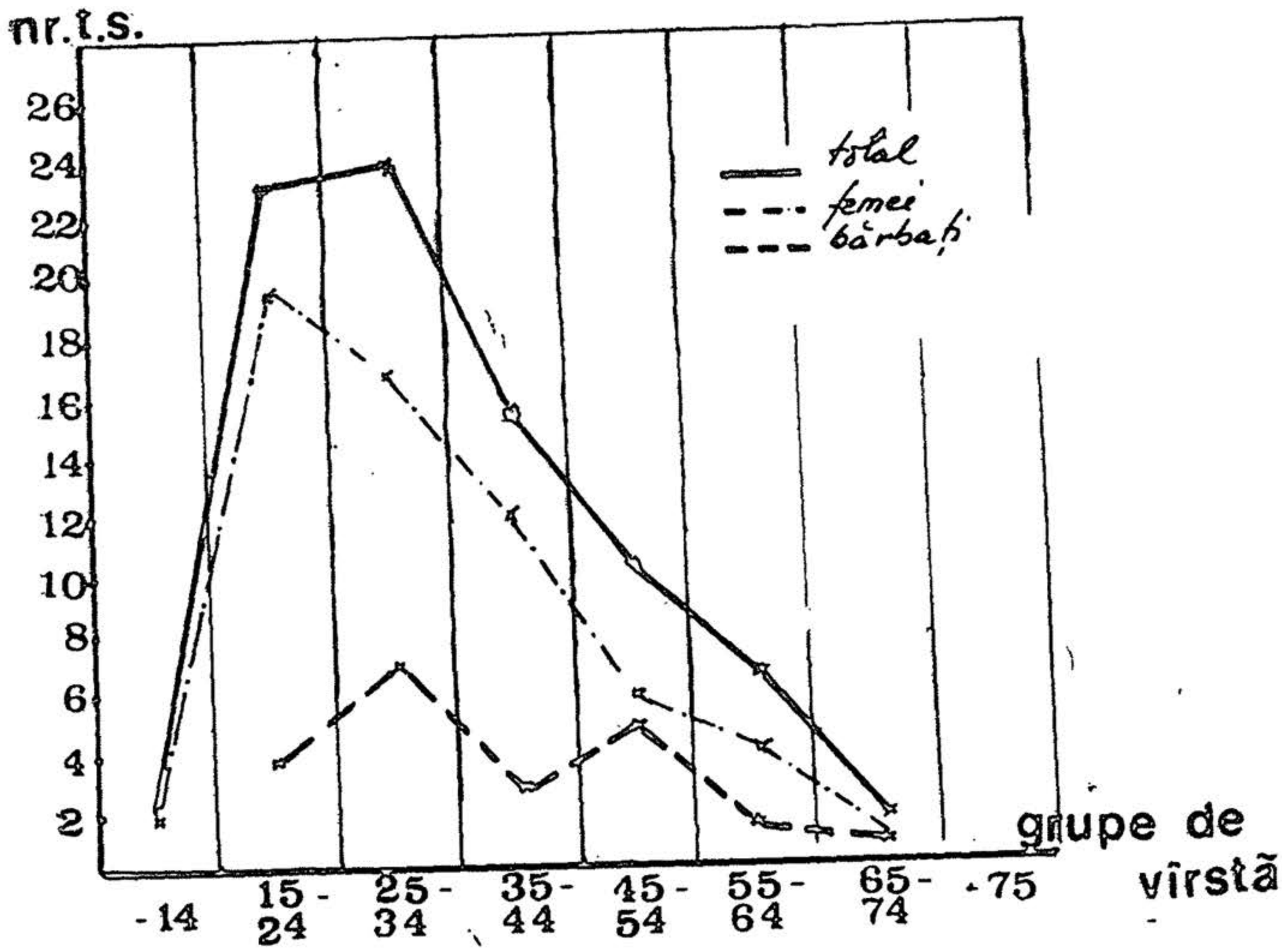
Datele prezentate, care concordă cu datele din literatură (2, 10, 11) subliniază semnificația riscului suicidar în psihosindroamele depresive și reliefează necesitatea aprecierii sale în raport de fiecare caz în parte ;

— la pacienții cu T.S. în antecedente, datorită riscului de recidivă ;

— la pacienții care afirmă idei suicidare :



Grafic nr. 2



Grafic nr. 3

— la pacienții care disimulează sau neagă ideile de suicid, dar la care simptomatologia psihică indică un risc de sinucidere.

Astfel, studii și cercetări consacrate suicidului (5) apreciază că profilaxia, transpusă în practica asistenței medicale, se poate realiza la trei nivele : prevenire („anteintervenție"), intervenție și „postintervenție", diferențiate în raport de particularitățile și implicațiile medicale și sociale. Dacă prevenirea se înscrie în problematica generală a profilaxiei tulburărilor psihice, intervenția constă în tratamentul somatic al leziunilor provocate și de ameliorare a stării generale asociate cu psihoterapia de susținere. În sfîrșit, postintervenția implică continuarea psihoterapiei și ameliorarea mediului socio-profesional cu dezvoltarea unei atitudini favorabile față de bolnavul și boala psihică.

Incidența crescută a T.S. în psihosindroamele depresive evidențiază importanța profilaxiei comportamentului suicidar (3, 8, 12) primară, secundară și terțiară, care implică atît psihiatrul cît și rețeaua de medicină generală, cu analizarea obiectivă a posibilităților reale, date fiind dificultățile de depistare. Toate acestea presupun decelarea grupelor de populație cu risc crescut și acțiunea în focar, dispensarizarea bolnavilor psihici, colaborarea cu rețeaua de medicină generală și organismele comunitare în scopul evaluării riscului suicidar și al unei profilaxii eficiente.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Brânzei P., Pirozynski T., Abramovici J.A. : Acta. psychiat. belg., 1972, nr. 72, pp. 413—423.
2. Brooke E.M. : *Le suicide et les tentatives de suicide,* OMS, Génève, 1975.
3. Deshaies G. : Rev. Prat., Paris, 1981, 32, p. 4855.
4. Farberow N.L. : Psychiatria Fennica, 1983, Suppl. pp. 9—19.
5. Katschnig H. : Rap. sur une conférénce OMS, Luxemburg, 1974, pp. 29—35.
6. Kielholtz P. : *Etats dépressifs,* Editions Hans Huber, Berne, 1972.
7. Lempérière T., Lauries A. : Rev. Prat., Prat., Paris 1962, 12, 31, p. 3253.
8. Pirozynski T., Scripcaru Gh. și col. : Ann. méd. psychol., 1965, 4, p. 27.
9. Predescu V., Nica-Udangiu Șt., Nica-Udangiu Lidia : *Urgențe în psihiatrie,* Edit. Medicală, București, 1983.
10. Saulnier J. : Rev. Prat., Paris, 1965, t 15, nr. 30, p. 3959.
11. Scripcaru Gh., Pirozynski T., Pirozynski Miarka : *Hyg. mentale,* 1971, nr. 2, pp. 1—8.
12. ★ ★ ★ : *La prévention du suicide,* OMS, Génève, 1969.

CONSIDERATIONS CONCERNING SUICIDAL RISK IN DEPRESSIVE PSYCHOSYNDROMS

Summary

The suicidal behaviour in depressive status has drawn the attention upon the necessity of appreciating the risk of suicide. The analysis of the cases of attempted suicide during a period of 5 years reveals an increased incidence for melancholy and depressive-neurotic states. These data which concur with the data from literature bring into relief the importance of the estimation of suicidal risk and the usefulness of an efficient prophilaxy by depicting the groups of population with increased risk and the admission of psychic pacients in collaboration with the network of general medicine and communitary organizations and bodies.

IMPLICAȚIILE PROFILACTICE ALE INTERFERENȚELOR DEPRESIE-SUICID

Rodica Macrea, M. Herschkovitsch

Institutul de Medicină și Farmacie Cluj-Napoca
Clinica de Psihiatrie

ÎN ULTIMII 30 DE ANI, PARALEL CU SPORIREA CAZURILOR DE depresii s-a semnalat o creștere îngrijorătoare a numărului de tentative de suicid (TS) și suicid (S) în majoritatea țărilor lumii (3, 4, 9).

S la depresivi ocupă primul loc în cadrul S psihotic, iar riscul S este prezent în toate formele de D și în toate perioadele evolutive.

În problema suicidului un aspect de maximă importanță este cel al predilecției, sarcina clinicianului fiind aceea de a evalua riscul pe care-l prezintă un pacient, pe baza unei examinări clinice atente. O serie de cercetători au încercat să mărească validitatea și utilitatea variabilelor predictive. S-au stabilit indici de recunoaștere ai riscului de S — cum sînt cei prezentați de scara Ringel-Stengel-Kielholz. Faptul că în cercetarea fenomenului suicidar s-a pornit în primul rînd de la pacienții care avuseseră o tentativă de S a făcut ca mult timp grupa acestora să treacă drept grupa cu riscul suicidar nr. 1. Astăzi s-a stabilit că grupul cu riscul nr. 1 nu este reprezentat de pacienții care au în antecedentele lor o tentativă de S ci de pacienții depresivi. Pöldinger ierarhizează, după Kiev și Wilkins, grupele cu risc suicidar crescut după cum urmează : 1. Depresivii ; 2. Toxicomanii și alcoolicii ; 3. Însinguratii și bătrînii ; 4. Persoanele care au atras atenția prin anunțuri de S sau care au amenințat cu S ; 5. Persoanele care au realizat deja o tentativă de suicid. Haenel (citat de Pöldinger) susține că în grupele de risc 2 și 5 se găsesc numeroși depresivi. Litman (citat de Kaplan și Sadock), analizînd variabilele obținute din datele Centrului de Prevenție a Suicidului din Los Angeles, a stabilit itemii cei mai predictivi asociați cu un risc crescut de S, dintre care de departe cel mai important este cel depresiv, afectiv.

Odată stabilit faptul că pacienții depresivi prezintă riscul cel mai mare de S se ridică problema dacă anumite forme de D sînt în mod deosebit periclitante (1, 2, 7). După Pöldinger riscul suicidar la depresivi depinde înainte de toate de asociațiile fenomenologice. D agitate, în special, sînt cele care prezintă mai des tendința la S. Pe lîngă psihomotricitate, un rol considerabil în aprecierea riscului de S îl joacă desigur anxietatea (6, 8).

Material și metodă. Cercetarea de față vizează analiza intercondiționărilor existente între cele două fenomene care, deși pot exista și independent, converg vizibil spre asociere — S și D. În acest scop am încercat să evidențiem tendința în dinamică a celor două fenomene, multiplele lor determinisme și intercondiționări. Metodologia de lucru s-a axat pe două direcții : 1. Partea constatativ-statistică, bazată pe un studiu comparativ paralel al cazuisticii psihiatrice și a celei medico-legale pe o perioadă de 2 ani (1981—82) și confruntarea rezultatelor cu date recente din literatura de specialitate. 2. Partea clinico-experimentală a luat în studiu un lot aleator de 30 de subiecți (13 bărbați și 17 femei) internați în Clinica de Psihiatrie Cluj-Napoca în intervalul 15 II — 15 IV 1984, prezentînd diferite tipuri de D, asociate în prezent sau/și în antecedente cu TS și idei S. Am aplicat succesiv Scala de evaluare pentru D Hamilton și Testul de apercepție tematică (TAT). În ambele studii am urmărit sublinierea unor factori de risc major pentru S și TS asociați cu D, similitudinile și deosebirile lor la nivelul celor două fenomene, elemente valoroase în elaborarea unui program de psihoprofilaxie.

Rezultate și discuții. I. Pentru S motivarea psihopatologică este cel mai frecvent constituită de stările depresive (D melancolică fiind prototipul) iar pentru TS se desprinde rolul mare al dizarmoniilor cronice ale personalității în situații de decompensări depresive, elementul declanșator fiind de obicei o situație de frustrare. II. Aplicarea coroborată a metodelor statistică și experimentală a evidențiat : 1. Pentru S — este evidentă tendința spre accentuare a fenomenului, cu păstrarea raportului între sexe (majoritatea masculină), predominența netă a grupei de vîrstă peste 50 de ani, a mediului urban, a modalității mecanice de realizare (spînzurarea) și a consumului de alcool cronic sau ocazional, asociat cu riscul de S ; dintre cazurile cu antecedente psihiatrice aprox. 1/3 sînt D diagnosticate ; din p.d.v. meteorologic se păstrează asocierea clasică a S cu lunile de primăvară-toamnă, cu variații dependente de oscilațiile presiunii atmosferice. 2. Pentru D asociate cu TS analiza statistică dezvăluie aceeași tendință spre progresie atît a fenomenului depresiv cît și a TS, în totalitate, majoritatea TS fiind asociate cu D (61,58%—72,79%) ; numărul mare al D pe fond involutiv și vascular, frecvente peste 50 de ani, atenționează asupra situației complexe a acestei grupe de vîrstă, ce oferă factori de risc pentru D și S atît de ordin somatic, cît și de ordin psiho-afectiv (văduvie, celibat, lipsa unei ocupații stabile după pensionare, probleme economico-sociale, etc.). 3. Pentru interferența D — comportament suicidar (TS și idei S), pe criterii, s-au obținut : predominența netă a sexului feminin, a grupelor de vîrstă 20—29 ani și 40—49 ani, a statutului de căsătorit — la bărbați, de divorțat și necăsătorit la femei, a mediului urban, a nivelului de instruire mediu și submediu, dar cu prezența unui procent apreciabil de intelectuali și studenți ; sînt prezente antecedentele personale psihiatrice (psihoze endogene, alcoolism cronic, TS anterioare) tipul de personalitate cointeresat în mod special este cel introvertit, modificat după model depresiv, asociat în majoritatea cazurilor unui fond dizarmonic ; modalitatea de realizare preferată în TS rămîne intoxicația medicamentoasă. III. Partea clinico-experimentală a relevat : A. Aplicarea scalei Ha-

milton a evidențiat simptomele cele mai accentuate prezente la pacienții cu fenomene depresive și comportament suicidar : 1. anxietate psihică (D anxioase reprezintă forma cea mai frecventă de D asociată cu TS ; 2. S sub forma TS, ideilor S, inutilității vieții ; 3. D — prin tristețe, pesimism, tendință la plîns ; 4. munca și interesele — prin pierderea interesului pentru muncă, pierderea eficienței, incapacitatea de a face față acelorași eforturi ; 5. anxietate somatică — prin hiperactivitate autonomă a aparatelor respirator, cardiac, digestiv etc. ; 6. simptome paranoide ; 7. sentimente de vinovăție etc. B. Aplicarea TAT-ului a relevat, prin analiza cumulată a povestirilor (după cei 4 parametri stabiliți) predominența netă a personajelor negative, a identificării cu condiția de victimă, conflictualitatea fiind universal prezentă și finalizată fie dramatic, fie incert ; modestia și ambiguitatea formulărilor atenționează asupra arsenalului defensiv și intelectual sărac, a scăderii capacității de atenție-concentrare, de prospectare a viitorului, asupra imaginației atone, fixată în general pe problematica obstacolelor existențiale, asupra anxietății marcate și simptomelor paranoide, intricate uneori cu sentimente de vinovăție.

Concluzii. 1. Evaluarea riscului suicidar, în general, și la pacienții depresivi, în special, este o sarcină medicală grea și de maximă responsabilitate, evaluările greșite putînd fi fatale.

2. Avînd în vedere că o parte a pacienților depresivi se adresează non-psihiatrilor (depresiile „mascate") metodele de **apreciere a riscului** suicidar trebuie să fie simple, rapide și la îndemîna fiecărui medic.

3. Raportate la simptomatologia specială — stările anxios-agitate la depresivi reprezintă un deosebit pericol de suicid.

4. Faptul că riscul suicidar aparține îndeosebi depresiei impune acordarea unei deosebite importanțe aprecierii acestui risc în tratamentul pacienților depresivi. În legătură cu aceasta Hans Hoff (citat de Pöldinger) remarcă : „Antidepresivele moderne reprezintă atît un progres enorm pentru pacienții depresivi, dar și a împovărare crescută pentru medicul curant, care trebuie de fapt să fie permanent pregătit pentru riscul de suicid al pacienților săi. „Ameliorarea D nu scade riscul de S ceea ce explică de ce 63% din S realizate au survenit în primele 30 de zile după externare.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Bromberg S., Cassel C.K. : *J. of Amer. Ger. Soc.*, 1983, vol. 31/11, pp. 698—670.
2. Friedman R.C., Aronoff M.S. : Am. J. Psych., 1983, 140, 8, pp. 1023—1026.
3. Kielholz P. : *États dépressifs*, Edit. Hans Huber, 1972, pp. 28—35.
4. Kielholz P. : *La dépression masquée*, Edit. Hans Huber, 1973, pp. 14—24.
5. Pöldinger, W. : Schweiz. Rundschau Med. (Praxis), 1984, 73, nr. 32, pp. 709—712.
6. Predescu V., Nica-Udangiu Șt. : *Urgențe în psihiatrie*, Edit. Medicală, București, 1983.
7. Predescu V. : *Psihiatrie*, Edit. Medicală, București, 1976.
8. Sargent D. : *Michigan Med.*, 1983, May, pp. 286—288.
9. Shneidman, E. S. : Suicide în *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Williams & Wilkins, 1975, vol. II, pp. 1774—1785.

PROPHYLACTIC ASPECTS OF THE DEPRESSION-SUICIDE INTERFERENCE

Summary

The paper analyses the relationship between depression and suicide. Both phenomena may exist independently, but they are frequently associated. On this purpose an attempt was made to study the evolution of the two phenomena, their causes and the influence of depression on suicide. On the one hand the research relays on the data supplied both by psychiatry and forensic medicine during 2 years. On the other hand the clinical-experimental research was done on 30 pacients (13 males and 17 females); they were chosen at random among the pacients of the Psychiatric Clinic of Cluj. All of them showed various depression types, associated during the study or before with suicide attempts or suicidal ideas. The authors used the Hamilton scale for depression and TAT. In both types of research stress was laid on the major risk factors of the suicide or attempted suicide, associated with depression, on the similitudes and distinction between them. The results are valuable elements for a programme of psycho-prophylaxy of the suicide.

CORELAȚIA ÎNTRE BIORITMURI ȘI METEOROTROPISM ÎN ASISTENȚA PSIHIATRICĂ A FENOMENULUI SUICIDAR

D. Cosman, Aurelia Sîrbu, T. Potra, T. Neamțu

Clinica de Psihiatrie — Cluj-Napoca

ABORDAREA COMPORTAMENTULUI AUTOLITIC ÎN CONCEPTE de biometeorologie și bioritmologie a dus la stabilirea unor interrelații între unii factori meteorologici, curbele bioritmice individuale și fenomenul clinic studiat, în speță : sinuciderea și tentativa de suicid (1, 2, 3, 4, 5).

Material și metodă. Studiul cuprinde un număr de 765 cazuri, dintre care 435 tentative de sinucidere (internare în Serviciile de Reanimare ale Clinicilor Chirurgic I și Chirurgie III Cluj) precum și 330 decese prin sinucidere (autopsiate de Laboratorul de medicină Legală Cluj), cazurile provenind în totalitate de pe raza municipiului Cluj-Napoca.

Urmărirea cazuisticii s-a făcut pe o durată de 5 ani, în cursul căreia au fost studiate următoarele aspecte meteorologice : presiunea atmosferică, temperatura aerului, umiditatea relativă, nebulozitatea, temperatura aerului, și viteza aerului.

Mediile zilnice ale acestor factori au fost obținute de la Serviciul de meteorologie.

Dintre metodele de investigație biometeorologică am ales metoda statistică, folosind mai multe formule de circulație internațională. În continuare ne vom referi doar la *indexul de meteorotropism* (IM), formula aparținîndu-i lui B. de Rudder, care se calculează astfel : $IM = \frac{N \times Kn}{n \times KN}$ unde N = totalul zilelor studiate ; n = numărul de zile cu perturbări meteorologice specifice ; KN = totalul evenimentelor meteorologice studiate în N zile ; Kn = numărul de evenimente meteorotrope observate în timpul zilelor cu perturbări meteorologice specifice (n).

IM trebuie să fie mai mare de 1 pentru a atesta meteorosensibilitatea fenomenului suicidar, meteorotropismul fiind foarte pronunțat cînd IM este în jur de 2.

În paralel am calculat și bioritmurile individuale de frecvență joasă (ultradiene), conform metodelor matematice ale lui Fliesa și Swoboda. Acești autori au descris trei ritmuri fundamentale, care funcționează ciclic din momentul nașterii :

1. Ritmul fizic (P) cu o durată de 23 zile ;
2. Ritmul emoțional (S) cu o durată de 28 ;
3. Ritmul intelectual (I) cu o durată de 33 zile.

Momentul în care curba sinusoidă intersectează axa O, reprezintă ziua critică a ritmului respectiv (vezi fig. 1).

Bioritmurile le-am calculat pe baza datelor de naștere a cazurilor luate în studiu și a zilei exacte de producere a actului suicidar, folosindu-ne de minicalculatorul CASIO-BIOLATOR

Rezultate : Pe parcursul celor 5 ani studiați am constatat o variație sezonieră a fenomenului suicidar. Corelația cea mai semnificativă a suicidității a rezultat din calcule cu presiunea atmosferică. Menționăm că pentru acest indice meteorologic am considerat drept zi critică pe aceea în care presiunea atmosferică scade cu mai mult de 5 mBari față de ziua anterioară. Calcularea indexului de meteorotropism (IM) pentru acest factor meteorologic a demonstrat o corelație semnificativă cu fenomenul suicidar, astfel că în toți cei 5 ani IM a fost mai mare decît 1, atît pentru tentative cît și pentru decesele prin sinucidere (vezi tab. I).

TABELUL 1

INDICELE DE METEOROTROPISM PENTRU ZILELE CRITICE ALE PRESIUNII ATMOSFERICE

Ani	1930	1931	1932	1983	1934
tentitive	1,3	1,9	2	1,5	1,7
sinucideri	1,4	1,5	1,94	1,3	1,5

Rezultatele cele mai edificatoare s-au obținut în anul 1982 (IM=2, pentru tentativele de sinucidere).

Mai puțin semnificative sînt corelațiile fenomenului suicidar cu ceilalți factori meteorologici, ca de exemplu viteza aerului sau nebulozitatea la care calculele au arătat IM între 0,7 și 1.

Rezultă că există posibilitatea de a folosi scăderea presiunii atmosferice (cu mai mult de 5 mBari față de ziua precedentă), ca un indicator de risc suicidar crescut.

În paralel s-au corelat și bioritmurile individuale ale cazurilor, pe baza datelor de naștere și a zilei în care s-a produs tentativa de sinucidere sau decesul. Din punct de vedere statistic (pentru totalitatea lotului) există o coincidență de 64% între existența de zile critice pe una din cele trei curbe bioritmice și producerea fenomenului autolitic. Pentru găsirea unei specialități a curbelor bioritmice am extins parametrii luați în considerare astfel că pe lîngă zilele critice am luat în calcul și zilele în care curbele negative ale bioritmurilor ating amplitudinea maximă (vezi fig. 1). Au rezultat astfel mai multe configurații bioritmice, pentru sinucideri din sumarea zilelor critice cu celelalte tipuri de configurații bioritmice rezultă cea mai mare specificitate a curbei ritmului emoțional (S), egală cu 48,2%, cu un indice de p=04 (tab. 2). Pentru tentativele de sinucidere curba bioritmică cea mai specifică a fost cea a

TABELUL 2

BIORITM	TIPURI DE CONFIGURAȚII BIORITMICE	SINUCIDERI	TENTATIVE SINUCIDERI
RITMUL P	↓P	24,1%	33,3%
	↓P + ALTE CONFIG	10,3%	18%
	TOTAL P	34,4%	51,3%*
RITMUL S	↓S	31%	20,5%
	⇣S + ALTE CONFIG	17,2%	12,8%
	TOTAL S	48,2%**	33,3%
RITMUL I	⇣I	17,2%	18%
	⇣I ALTE CONFIG.	20,8%	15,3%
	TOTAL I	38%	33,3%

*p = 0,02 ** p = 0,04

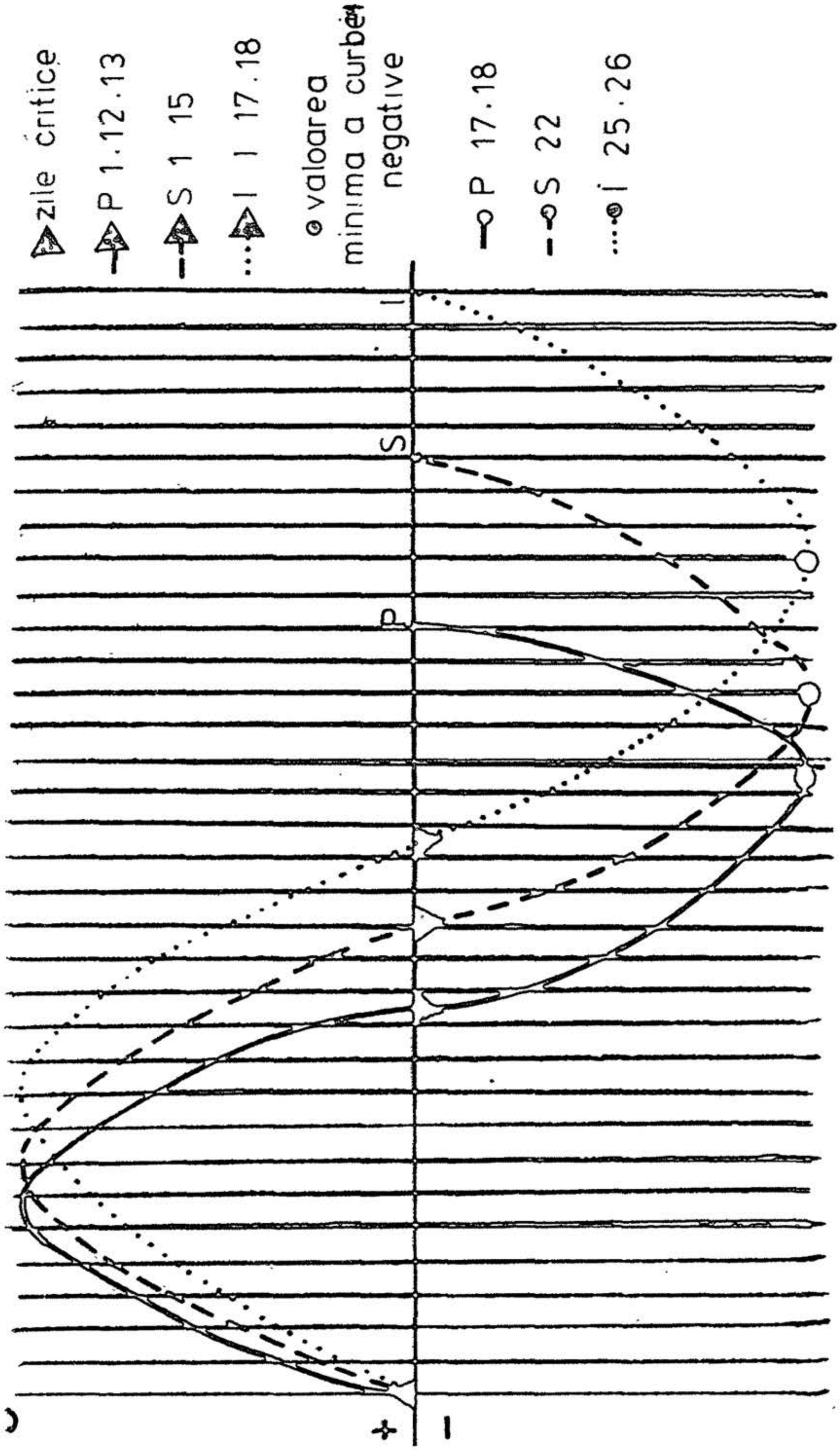

zile critice
P 1.12.13
S 1 15
I 17.18
valoarea minima a curbei negative
P 17.18
S 22
I 25.26
P
S
I
1

Figura nr. 1

ritmului fizic la care a existat o coincidență de 51,3% (p=0,02), între totalul configurațiilor și fenomenul autolitic (tab. II).

Corelarea între indicatorii de meteorotropism calculați pentru zilele critice ale presiunii atmosferice cu zilele critice ale configurațiilor bioritmice în care s-au produs decese sau tentative de sinucidere arată o corelație pozitivă într-un procentaj de 68%.

Aceste date indică o creștere a riscului suicidar la maximum dacă în zilele critice din punct de vedere meteorologic survine și coincidența cu o configurație bioritmică. Preconizăm pentru viitor o colaborare sistematică cu o stație meteorologică pentru intensificarea aplicării măsurilor de profilaxie la persoanele cu risc suicidar crescut.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Ardelean, I., Barnea, M.: *Elemente de biometeorologie medicală*, Edit. Medicală, București, 1972.
2. Halberg, F., Reinberg, A.: J. Physiol, Paris, 1977, nr. 49, p. 566.
3. Rudder, B. de: *Grundris einer Meteorobiologie deș Menschen*, Ed. Springer, Berlin, Göttingen, Heidelberg, 1952.
4. Șteflea, D.: *Reflectări cronobiologice în medicină*, Edit. Medicală, București, 1984, pp. 26—28.
5. Tromp, S.N.: *Medical Biometeorologie*, Edit. Elsevier, Amsterdam, Londra, 1963.

A CORRELATION BETWEEN BIORHYTHMS AND METEOROTROPISM IN PSYCHIATRY CARE OF SUICIDE

Summary

Suicide has been studied in the context of chronobiology and biometeorology research.

The authors have studied committed suicide and attempted suicide correlated to meteorologic data and Fliess's biorhythms (physical, emotional, intelectual) over a period of 5 years (1980—1984). The biorhythms have been calculated according to Prof. Tatai's (Japan) computer program and meteorotropism index (IM) by B. de Rudder formula.

Out of 435 cases of attempted suicide and 330 deaths by suicide we have found a positive correlation with the critical days of biorhythms in 64% of the cases.

The most significant correlation, for the entire period studied, has been found between suicide, attempted suicide and the meteorotropism index (IM) which calculated for the daily variation of atmospheric pressure.

The results suggest that a drop in atmospheric pressure of more than 5 mmB on a day could be used as an index that indicate a high suicidal risk.

CONSIDERAȚII ÎN PERSPECTIVA ASISTENȚEI PROFILACTICE A CAZURILOR DE DISCOMPORTAMENT AUTOLITIC

T. Frîncu, Delia Podea, B. Papai, Victoria More

Spitalul de Psihiatrie — Arad

SUICIDUL CONSTITUIE REACȚIA ANTISOCIALĂ CEA MAI FRECventă din patologia mentală. (Ey). Este „Un joc mortal, care duce de la luciditatea în fața existenței, la evaziunea în afara lumii“ (Camus).

Cu excepția cazurilor de „șantaj suicidar“, tentativele de suicid pot fi considerate ca acte de autoliză eșuate întîmplător, care necesită intervenție psihosociologică complexă. Datele literaturii medicale relevă o frecvență medie de 20 la mie, a tentativelor autolitice, față de 2 la mie a actelor finalizate, precum și o mai mare frecvență a tentativelor la sexul feminin.

Deși frecvența suicidului este în creștere pe plan mondial și au sporit și lucrările de specialitate, riscul suicidar a rămas practic foarte greu de determinat chiar și în condiții spitalicești. O metodă de evaluare a pericolului autolitic se bazează pe aprecierea sindromului presuicidar descris de Ringel în 1969. Semnul cardinal al acestui sindrom îl constituie izolarea pacientului și în primul rînd retragerea afectivă, lipsa reactivității afective adecvate. Un alt simptom este reprezentat de agresivitatea orientată spre propria persoană. Cel de-al treilea semn este constituit de ideile de autoliză și dorința de a muri.

Derivă din natura fenomenului, că orice intervenție medico-socială utilă nu poate să aibă decît un caracter preventiv. Prevenția primului act autolitic constă din depistarea sindromului presuicidar descris. În cazul profilaxiei recidivelor prezența pulsiunilor suicidare poate fi bănuită în următoarele circumstanțe: exprimarea directă sau indirectă a ideilor de autoliză, sentimente de culpabilitate, de nerealizare, anxietate, izolare, atmosferă tensionată la locul de muncă sau în familie, eșecuri profesionale și maritale, existența cazurilor de suicid în familia sau anturajul pacientului.

Întrucît adresabilitatea pacienților este mai mare în condițiile asistenței ambulatorii, primele măsuri de prevenție vor fi luate în cabinetul psihiatrului din policlinică. O primă categorie vizată este reprezentată de bolnavii dispensarizați, aparținînd uneia din următoarele entități nozografice :

1. Psihoze depresive uni sau bipolare, mai ales în fazele inițiale și finale ale accesului depresiv. Kielholz susține că depresiile mascate ar prezenta același risc.

2. Schizofrenia : riscul de sinucidere este mai mare în formele paranoide și de obicei în faza de debut.

3. Alcoolismul : prin comportamentul său autodistructiv alcoolicul ca orice toxicoman este considerat „un sinucigaș cronic" ;

4. Toxicomaniile : sinuciderea este sfîrșitul obișnuit al toxicomanilor, fie în cursul unei stări de privațiune de drog, fie cu ocazia unei stări depresive reactive.

5. Psihozele reactive, epilepsia, demențele, psihopatiile nevroza isterică, nevroza obsesivo-fobică, nevrozele depresive.

O altă grupă de pacienți, care beneficiază de măsuri profilactice este formată din bolnavi, care, fiind la primul contact cu psihiatrul, relatează direct ideile de suicid, sau dintr-o simptomatologie polimorfă poate fi decelat pericolul autolitic. De un real folos în aceste cazuri pot fi în afara examenului clinic, chestionarele cu întrebări țintă menite să releve compulsiunile suicidare, cotele anxietății, agresivității, gradul de izolare socială, existența depresiei mascate (ex. chestionarul propus de Kielholz).

Tentativa prevenției eficace se concretizează în măsuri farmacologice și psihoterapeutice complexe. În cazul apariției oricărui simptom prevestitor al actului suicidar la bolnavii dispensarizați se impune internarea de urgență în spital. Simptomele care indică riscul accentuat de sinucidere pot fi :

— insomnia de lungă durată ;
— insomnia mai ales în a doua parte a nopții ;
— somnul populat de vise autodistructive și allodistructive ;
— agitația anxioasă intensă ;
— rigiditatea afectivă și agresivă ;
— depresia accentuată dimineața ;
— ideile de inutilitate, de vinovăție, autoreproșurile ;
— sentimentele grave de autodepreciere, de inferioritate, de autoacuzare ;
— scăderea marcată în greutate ;
— inhibiția psihomotorie, pierderea inițiativei și a interesului pentru activitate ;
— inhibiția sexuală ;
— teama obsedantă de a nu înnebuni, de a nu face rău cuiva ;
— sila de a vorbi de simptomele sale ;
— insensibilitatea la influența mediului ;
— halucinațiile imperative.

Pacienții cu risc suicidar aflați la primul contact cu psihiatrul pot fi internați sau tratați ambulator. În acest ultim caz, modul de abordare al pacientului are un rol hotărîtor în calitatea legăturii afective dintre medic și pacient. (Irninger, 1981). O altă condiție sinequanon a tratamentului ambulator este reprezentată de sprijinul acordat atît medicului cît și pacientului de către familia sau/și microgrupul social (prieteni, colegi). Va trebui să obținem de la pacient promisiunea sinceră că în ciuda tendințelor sale suicidare evidente, nu va comite nici o tentativă într-un interval de timp determinat (ex. 3 zile). Psihiatrul va asigura pacientul că în acest interval de timp i se poate adresa în permanență, va căuta

zilnic, personal sau telefonic menținerea legăturii formate, utilizînd în același timp și psihofarmacologia. Menținerea unui risc suicidar crescut impune necesitatea spitalizării obligatorii.

Datorită creșterii ratei suicidului, precum și a riscurilor pe care le implică prevenția actului autolitic, considerăm necesar o abordare mai largă a problemei, cu stabilirea unei metodologii comune de investigare și tratament, care va permite obținerea unei eficiențe crescute.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Brânzei P., Scripcaru Gh., Pirozynski T.: *Comportamentul aberant în relațiile cu mediul*, Edit. Junimea, Iași, 1970.
2. Colonna L., Petit M.: Gazette Medicale de France, 1975, t 82, nr. 34, pp. 3981—4001; pp. 4065—4075.
3. Ey, H.: *Etudes psychiatriques*, Desclee de Brouwer et Cie, Paris, 1950, vol. II, pp. 341—378.
4. Kielholz P., Poldinger W., Adams C.: *La depression masquée*, Deutscher Arzte-Verlag, Koln, 1984.
5. Predescu V., Nica-Udangiu Șt., Nica-Udangiu Lidia: *Urgențe în psihiatrie*, Edit. Medicală, București, 1983.
6. Ringel, E.: *Selbstmordverhutung*, Huber, Berne / Stuttgart / Vienne, 1969.

CONSIDERATIONS IN VIEW OF PROPHYLACTIC CARE OF CASES OF SUICIDE

Summary

Suicide prevailing and categories of high risk from psycho-pathologic and social point of view have been approached. The certainty of the effectivness of the psychopathologic and pharmacological preventive intenventions is considered to be unsatisfactory. We propose a large exchange of opinions so that a methodology with increasing efficiency may be elaborated.

NECESITATEA ASISTENȚEI PSIHIATRICE ÎN CONDUITA SUICIDARĂ

Gh. Ciobanu, Cristinela Dorhoi, I. Turcu

Spitalul Municipal — Gh. Gheorghiu-Dej

TENTATIVELE SUICIDARE CONSTITUIE UNA DIN CAUZELE CUrente ce pot duce la deces, numărul lor crescînd considerabil în ultimii ani, fapt ce explică atenția deosebită a cercetătorilor pentru această problematică. Se apreciază că „La un minut și jumătate, undeva pe planeta noastră o ființă umană se sinucide". Chiar cele mai precaute statistici semnalează faptul că mai mult de 100 de indivizi se sinucid în lume (1). Acest lucru este cu atît mai îngrijorător cu cît el este semnalat cu o frecvență crescîndă la populația tînără, la care studiile statistice situează sinuciderea pe locul al IV-lea în lista cauzelor de mortalitate, după bolile cardiovasculare, cancer și accidente rutiere (1, 2).

Problema normalității sau patologicului conținut în actul suicidar este extrem de delicată și controversată. În ultimul timp majoritatea autorilor tind să inclu ă comportamentul suicidar în sfera patologicului, deoarece așa cum sublinia Peigne, „orice sinucidere implică cel puțin o reacție patologică a personalității în fața unei situații socotită aparent fără ieșire, căci nu există practic situație absolut fără ieșire, limitele omului psihic sănătos fiind infinite" (2, 3, 4, 5).

Studiul cuprinde un număr de 124 de cazuri de tentative suicidare internate în spital care au fost analizate în funcție de anumiți parametri, cum ar fi : sexul, vîrsta, anotimpul, statutul marital, modalitatea suicidară etc., comparativ cu sinuciderile (reușite) înregistrate în aceeași perioadă. Se constată astfel că majoritatea tentativelor sînt comise de sexul feminin — în proporție de 79% — fapt semnalat dealtfel în toate statisticile de pînă acum, deci din acest punct de vedere putem afirma că ne încadrăm în conduita suicidă de tip tradițional. Dacă tentativele de sinucidere sînt de aproape 4 ori mai frecvente la femei, raportul se inversează cînd ne referim la sinucideri, unde reușitele sînt de 4 ori mai frecvente la bărbați. O explicație ar constitui-o faptul că femeile folosesc mai mult substanțe medicamentoase în timp ce bărbații aleg metode mai drastice care nu le permit timp și posibilitatea de a se răzgîndi (1, 6).

Grupa de vîrstă cea mai vulnerabilă conduitei suicidare s-a dovedit a fi cea cuprinsă între 20—29 ani cu o prevalență de 37,6% în cazul tentativelor și 23,4% în sinucideri. O frecvență destul de ridicată s-a înregistrat și la grupa cea mai tînără de vîrstă, sub 20 de ani, cu 23,2% tentative, respectiv 14,9% sinucideri, pubertatea și adolescența cu modificările neuroendocrine caracteristice favorizînd instalarea unor stări de dezechilibru psihic care în condiții nefavorabile de mediu favorizează tentativele de sinucidere. La adolescenți, unde se întîlnesc frecvent imaturitatea psiho-afectivă și toleranță redusă la frustrații, tentativele de suicid reprezintă un semnal de alarmă sau un strigăt de ajutor, un apel către cei din jur (2, 7).

Odată cu creșterea vîrstei, pericolul de suicid este mai mare și mai serios, suicidul la bătrîni avînd semnificația renunțării la o lume care nu le mai poate aduce nici o bucurie, de la care nu mai au ce aștepta. Așa dar, după 50 de ani numărul tentativelor scade, iar a suicidului împlinit crește vertiginos realizînd cel mai mare procent din totalul sinuciderilor, în cazul nostru 30% (41, din 134 sinucideri) așa cum dealtfel menționează și literatura de specialitate (2, 6).

În ceea ce privește grupa de vîrstă 30—39 de ani ea este într-adevăr de mijloc și se menține constantă atît prin raportul dintre tentative și sinucideri, cît și prin stabilitatea în dinamic a celor 6 ani cuprinși în studiu, ea situîndu-se pe locul trei, cu un procent de 20,8%, respectiv 15,6%.

Trecînd la mediul de proveniență se constată că mediul urban deține întîietatea în privința tentativelor de suicid cu 68% (respectiv 85 de cazuri din 124), iar mediul rural deține întîietatea în privința sinuciderilor cu 65% (adică 87 din 134 sinucideri). În dinamica celor 6 ani asistăm la o stabilizare a tentativelor de sinucidere atît în mediul urban cît și în mediul rural, iar în ce privește sinuciderile se observă în mediul rural o tendință de scădere ușoară dar constantă.

Trecînd la analiza tentativelor în funcție de statutul marital, constatăm că în lotul nostru spre deosebire de studiile menționate în literatura de specialitate (1, 6) numărul mai mare de tentative — 66,4% îl găsim la cei căsătoriți (respectiv 83 de cazuri din 124) față de necăsătoriți și divorțați, cu mai puține conduite suicidare.

Referitor la anotimpul în care se înregistrează cel mai mare număr de tentative, datele noastre contravin literaturii de specialitate și studiilor statistice care stipulează că procentul cel mai mare de sinucideri se observă primăvara și toamna, frecvența cea mai scăzută înregistrîndu-se iarna. Spre deosebire de aceste cifre noi am găsit incidența maximă vara atît în cazul tentativelor (33,6%, adică 42 din 124) cît și a sinuciderilor (38%, adică 51 din 134), urmînd în ordine toamna, iarna și primăvara. Tendința mai marcată la sinucidere de la începutul verii poate fi pusă pe seama unor factori fizici (căldura) și a unor factori sociali (viața socială mai activă, mai intensă în lunile de vară cînd și durata zilei este mai mare).

În privința modalității realizării conduitei suicidare, mai des întîlnită în tentative este ingestia de substanțe medicamentoase (65,6%) și de substanțe toxice (22,8%). Suicidul se realizează cel mai des prin spînzurare (70,1%) urmat la distanță semnificativă de ingestia de substanțe toxice (14,9%) și accidente feroviare (9%). S-au mai semnalat ingestia de substanțe medicamentoase (3%), defenestrarea (1,5%), asfixia cu bioxid de carbon (1,5%). Antecedente de boală somatică găsim numai în cazul sinuciderilor (3 cazuri de neoplasm).

În ceea ce privește antecedentele psihopatologice acestea se găsesc în ambele forme ale conduitei suicidare. În cazul sinuciderilor au fost semnalate 24% antecedente psihiatrice repartizate după grupa nozologică în felul următor : 51,3% alcoolism cronic, 12,8% melancolie, 2,8% schizofrenie, 23,1% alte afecțiuni (nevroze, psihopatii, epilepsie, ateroscleroză). În ceea ce privește tentativele suicidare psihozele au ocupat 12,8% psihopatiile și alcoolismul 59,9%, iar stările reactive 27,4%. O însemnătate deosebită în aceste cazuri revine relațiilor defectuoase interpersonale, relațiilor conflictuale (dezamăgiri, decepții sentimentale, conflicte familiale, erotice, pierderea unor persoane apropiate, stări stressante, nereușite profesionale) în fața cărora personalitățile caracterizate printr-o fragilitate structurală dezvoltă stări de eșec adaptativ.

Putem concluziona deci că sinuciderea nu este un fenomen simplu ci foarte complex fiind legat nu numai de societatea în care se desfășoară ci în primul rînd de personalitatea celui care o comite cu toate trăsătu-

rile sale structurale caracteristice, rolul precipitant revenind relațiilor neadecvate interpersonale.

Orice tentativă de suicid reprezintă o urgență în fața căreia atitudinea terapeutului este una singură : spitalizarea obligatorie, instituirea măsurilor adecvate în vederea salvării vieții bolnavului și apoi transferarea în secția de psihiatrie a spitalului monobloc în vederea continuării tratamentului chimioterapic, psihoterapic, și dispensarizării ulterioare. Terapia bolnavilor cu tentative suicidare este complexă, diferită de la caz la caz, ea îmbinînd mijloacele chimioterapeutice cu cele psihoterapeutice, urmînd a fi consolidată ulterior prin resocializarea bolnavului într-o ambianță care să ofere căldura afectivă, siguranță și control pentru a preveni o eventuală recidivă a tentativei de suicid. Este bine ca în acest complex terapeutic să fie antrenați și aparținătorii bolnavului (rude, prieteni, colegi de muncă) care să-l ajute în vederea unei adaptări optime la mediu și la situația sa.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Angheluță V., Nica-Udangiu Șt., Nica-Udangiu Lidia : *Psihiatria epidemiologică,* Edit. Medicală, București, 1983.
2. Brânzei P., Fortuna V., Lăudat M. : *Viitorul psihiatriei,* „Socola", Iași, 1980, pp. 535—536.
3. Deshaies G. : La Revue du Practicien, Tome XXI, nr. 32, pp. 4855—4863.
4. Enăchescu C. : *Igiena mintală și recuperarea bolnavilor psihici,* Edit. Medicală, București, 1979.
5. Gorgos C. : *Vademecum în psihiatrie,* Edit. Medicală, București, 1985.
6. Grecu Gh., Csiky K. : Rev. Neurol. Psihiat. Neurochir., Bucuresti, nr. 1/1973, pp. 61—71.
7. Predescu V. : *Psihiatrie,* Edit. Medicală, București, 1976.

NECESSITY OF PSYCHIATRIC CARE IN SUICIDAL CONDUCT

Summary

We have made this study by investigating a sample of 124 attempted suicide, enlisted as patients in the hospital of Gheorghe Gheorghiu-Dej, for the last 6 years, on the territory controlled by our hospital, has put into light certain features of the suicide behaviour according to sex, age, pre-ilness personality of the patient, season, environment, the way of commiting suicide.

The attempted suicide requires the complex psychiatric care in order to provent recurences and to socially reintegrate the pacient, a process that plays an important part for direct relatives and for social environment as well.

The precise period of this study covers the last six years between 1979—1984.

PROFILAXIA COMPORTAMÉNTULUI SUICIDAR

Carmen Covrig

Spitalul Județean Bacău

GRAVITATEA ȘI IMPLICAȚIILE PROFUNDE ALE COMPORTAMENtului suicidar ridică în mod justificat întrebarea dacă este posibilă o evitare reală a sinuciderilor (4, 7). Problema principală care se ridică constă în mod natural în dificultatea de a depista și ajunge la persoanele în pericol.

La prima vedere, este clar că avem de-a face cu două grupe relativ diferite. De o parte sînt subiecții care prin tendința lor de autodistrugere, vor să atragă atenția asupra faptului că ei urmăresc să se sinucidă, dar că pot fi salvați ; în acest caz este vorba numai de a împiedica o repetare a tentativei lor. Pe de altă parte sînt subiecți care au — cu o intensitate variabilă — intenția de a se sinucide și care trebuie să fie desemnați ca „sinucigași potențiali".

În ceea ce privește asistența medicală în sine, ea se poate analiza pe cele trei nivele, general admise astăzi : prevenire-intervenție, intervenție și postvenție.

Prevenirea. Profilaxia pasivă în timpul internării constă în înlăturarea mijloacelor care ar putea servi la sinucidere. Profilaxia activă constă în supravegherea permanentă a bolnavilor cu risc crescut de sinucidere ; atitudinea corectă și eficace nu este însă simpla supraveghere, ci realizarea unui climat de încredere care poate constitui nu numai un mijloc de a evita tentativa de sinucidere, și chiar un veritabil tratament al ideii de sinucidere. Se consideră de către mulți specialiști că cea mai bună profilaxie a suicidului constă într-un permanent contact afectiv între depresiv și medicul curant.

Măsurile generale de promovare a sănătății mintale a populației se vor repercuta pozitiv asupra frecvenței de manifestare a comportamentului autodistructiv. Merită subliniate două aspecte :

— necesitatea formării la copil, încă din primii ani de viață a unui tonus afectiv pozitiv, în acest sens fiind foarte importantă acordarea unei atenții deosebite copiilor care provin din familii dezorganizate ;

— aplicarea unor măsuri psihoprofilactice active la nivelul tineretului adolescentin, între care un rol deosebit revine orientării școlare și profesionale adecvate, psihoigienei, procesului de învățămînt, folosirii

adecvate a timpului liber, medierii precoce a condițiilor nefavorabile de climat social, depistării precoce și active a tulburărilor de comportament.

Acțiunile de prevenire care privesc în mod direct sinuciderea și tentativa de sinucidere, se pot organiza la nivel instituțional. Aceasta se realizează în practică în timpul consultațiilor obișnuite pe care le întreprinde fiecare medic. De aceea astăzi, rolul medicului generalist este reconsiderat, căci tocmai el este cel mai des chemat să repereze printre pacienții săi pe cei care au intenții suicidare. Important este că la evaluarea riscului suicidar să avem în vedere următorii factori :

a) *Personalitatea.* Riscul este mai mare la subiecții cu o personalitate labilă, imatură, extrem de sensibilă la situații de frustrare.

b) *Problemele anturajului, ale mediului social.* Este esențial să se cunoască eventualele conflicte familiale, să se precizeze calitatea interrelațiilor conjugale sau familiale, starea legăturilor afective care unesc pe subiect de cei apropiați. Nu trebuie uitată nici analiza relațiilor profesionale și sociale.

c) *Inconstanța existenței, evenimentele.* Trebuie căutate care sînt faptele recente importante în viața subiectului, care au putut genera idei de suicid.

Noțiunea de vîrstă și mai ales cea de schimbare a statutului de viață, trebuie și ea pusă în contextul analizei riscului suicidar. De aceea comportamentul suicidarului dintre persoanele în vîrstă, trebuie să rețină atenția în egală măsură. Dacă se consideră cifra globală a sinucigașilor, apare că cca. 30% au avut mai mult de 60 de ani. Spre deosebire de ceea ce se observă la tineri, la bătrîni se găsesc mai multe sinucideri reușite decît tentative de sinucidere.

Trebuie să mai ținem seama și de decompensările tardive ale dezvoltării psihice anormale ; bătrînețea este cu atît mai greu de suportat cu cît echilibrul vîrstei adulte a fost mai precar. Mai ales trebuie de avut în vedere bolnavii psihici. De fapt apare ca sigur că prevenirea sinuciderii la persoanele vîrstnice depășește mult domeniul psihiatriei pentru a interfera domeniul social.

Aprecierea riscului de sinucidere se pune zilnic în psihiatrie. El se pune și în secțiile spitalelor de medicină generală, deoarece acestea primesc de urgență cea mai mare parte a sinuciderilor. Aprecierea riscului suicidar este de fapt o problemă de practică medicală curentă. Personalul medical trebuie să fie suficient de informat asupra rolului pe care-l poate juca în prevenirea sinuciderilor (3, 5, 6, 8).

Nu există un criteriu absolut care să permită să se afirme că un anumit bolnav se va sinucide sau nu, însă există unele elemente, unii factori (pe care i-am prezentat mai înainte) care indică riscul crescut de sinucidere. Cu cît se vor întîlni mai mulți din acești factori, cu atît riscul de sinucidere va fi mai mare (1, 2, 9).

Deși în evaluarea riscului de sinucidere după tabelele și criteriile propuse de Solomon Philip, Slater, Roth și M. Souris, există o doză de subiectivitate, totuși prezența sau lipsa unor factori, îi permit medicului psihiatru, de medicină generală sau de alte specialități, să ia decizii adecvate și eficiente, diferite de la un caz la altul. Este foarte important modul de acțiune al medicului în activitatea sa de prevenire a comportamentului suicidar. Practicianul trebuie să știe să asculte, de așa manieră ca subiectul să poată vorbi, să arate ezitările, motivațiile suicidare, contradicțiile, lupta cu el însuși.

Problema medicației este destul de complexă și ea nu apare ca necesară în toate cazurile în care un pacient exprimă idei suicidare. De aceea, în general, orice medicație trebuie prescrisă numai atunci cînd este posibilă o supraveghere atentă a pacientului.

În ce privește problema spitalizării, aceasta se recomandă în două cazuri (bineînțeles în afara cazurilor net psihiatrice) :

— anturaj nefast sau subiect singur și neajutorat ; scopul este de a sustrage pacientul din mediul său care constituie elementul determinant de trecere la act ;

— pacient agitat, cu tendințe autoagresive majore.

Acțiunile de prevenire organizate la un nivel mai general, se bazează în primul rînd pe decelarea grupelor de populație cu risc crescut și acțiunea în focar. Aceste grupe cuprind în special persoanele ce prezintă tulburări psihice de lungă durată, persoanele tributare toxicomaniei, persoanele aparținînd diverselor colectivități socialmente dezorganizate sau instabile, persoanele în vîrstă care trăiesc singure, bolnavii somatici gravi, persoanele cu antecedente repetate de tentative suicidare.

Intervenția. Comportă două etape : tratamentul somatic pentru remedierea leziunilor pe care pacientul și le-a provocat și susținerea psihologică a personalității subiectului, combinată cu o evaluare psihiatrică pentru a detecta o eventuală boală mintală. Praticianul devine astfel piesa de legătură dintre individ și mediul său familial. Trebuie intervenit cu tact, dar cu o mare fermitate în crearea unui climat psihologic favorabil, reconcilierea dintre subiect și mediul său relațional fiind una din cerințele esențiale ale reușitei terapeutice.

Postvenția. În primul rînd se impune continuarea psihoterapiei. Aceasta necesită nu o adresare formală a bolnavului către un serviciu psihiatric, ci în primul rînd menținerea unei legături cu medicul curant, stabilirea unor posibile întîlniri viitoare. Evident că asigurarea unei legături între serviciile medicale, psihiatrice și sociale este foarte necesară și de aceea trebuie subliniată necesitatea formării unui serviciu multidisciplinar în cadrul aceleiași instituții.

Dispensarizarea pacientului suicidar apre ca o necesitate, luarea în evidență și urmărirea periodică prin serviciile ambulatorii și asistența de teren, fiind o măsură profilactică de prim ordin. Fundamentarea acestor activități se află în concepția de ansamblu a etapei contemporane a școlii de psihiatrie de la Socola, care se diferențiază ca o teorie psihiatrică constructivistă, promovată și dezvoltată de Prof. Dr. P. Brânzei, pe baza conceptului tridimensional bio-psiho-social. Apărarea și promovarea sănătății mintale, presupune colaborarea medico-socială a psihiatrului cu rețeaua de medicină generală și cu organismele sociale, determinînd integrarea psihiatriei în practica generală a medicinei.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Achté K.A. : Münch. med. Wschr., 117, nr. 6, 7 febr. 1973.
2. Bailly-Salin : La Médicine Practicienne, nr. 583, 1983, pp. 41—51.
3. Bourguignon A. : Concours med., t. 99, nr. 4, 1977, p. 383.
4. Cazac G. :Concours méd., 5.98, nr. 11, 1976, pp. 1665—1667.
5. Deshaies G. : Rev. Prat. XXI, nr. 32, 1971, pp. 4855—4864.

6. Dimitriu C. Gh., Dinu Popa Șt., Almajan E. : Med. Int. XXV, nr. 12, 1973, pp. 1469—1478.
7. Fox R. : Rapport O.M.S., Luxemburg, 1974, ICP/MNH.015 III, pp. 36—41.
8. Gorceix A. : Rev. Prat., XXI, nr. 13, 1971, pp. 2323—2326.
9. Heinrich K. : Dtsch. med. Wschr., 105, nr. 25, 20 iun. 1980, pp. 877—879.

PROPHILAXY OF SUICIDAL BEHAVIOUR

Summary

Most of the subjects resorting to attempted suicide or committed suicide originate in the rows of the psychic pacients. Therefore, the prophylactic measures and action of this negative behaviour must be adapted to the specific of this category of pacients.

The prophylaxy is efficient only through a common active battlefront of the physicians, inspective of their speciality, of pedagogues psychologists, lawyers and of some social bodies.

The paper describes the main passive and active prophylactic measures and insists upon the reconsideration of the psysician's role. The stress is laid upon the importance of a most correct appreciation of the suicide risk, which is a problem of current medical practice. The medical staff must be well informed about the role they can play in preventing suicidal acts.

The preventive actions organized at a more general level must first of all depend on making evident the groups of population with a raising risk and the action in the focus. There are presented the main factors by means of which the risk of suicide can be estimated.

UNELE ASPECTE ALE IMPLICAȚIILOR PSIHOPATOLOGICE GENERATE DE RELAȚIILE DIZARMONICE DINTRE PĂRINȚI ȘI COPII

Gh. Grecu, Marieta Grecu, A. Niriștean

Clinica de Psihiatrie Tg. Mureș

PRIN ÎNSĂȘI NATURA PROFESIEI LOR, MEDICII AJUNG MULT mai repede și mai ușor decît alții, să pătrundă în profunzimea relațiilor intrafamiliale și interpersonale ale oamenilor.

Tocmai de aceea este bine să explorăm aceste relații, pentru că, din practica noastră psihiatrică cunoaștem foarte bine că atunci cînd ele nu sînt bine organizate, pot genera perturbări psihice și chiar somatice, mai mult sau mai puțin evidente. Deci, pentru noi nu numai bolnavul ci și familia lui cu structura ei proprie, cu componentele psihologice și posibilitățile de comunicare internă și externă, constituie un „organism" în sine, de aceeași importanță ca și individul examinat, acordîndu-i astfel atenția și importanța cuvenită.

În general, ținînd cont de multe deziderate și aspecte particulare ale psihiatriei, am putea spune că un individ sau mai bine zis un copil bolnav este indiciul unei familii mai mult sau mai puțin bolnave.

Desigur că în această structură familială este de ajuns ca un mecanism oarecare din sistemul relațional să fie dereglat pentru ca el să aibă influențe negative asupra tuturor componenților ei și mai ales asupra copiilor.

În prelucrarea relațiilor intrafamiliale și ale raportului dintre părinți și copii, materialul nostru clinic se rezumă la un număr de 92 copii și preadolescenți, încadrați între limitele de vîrstă 4—17 ani, studiindu-se :

— dimensiunea personalității în formarea copilului sau preadolescentului examinat ;

— comunicările intrafamiliale și extrafamiliale ;

— particularitățile de grup și situația economico-materială a familiei.

Cunoscînd foarte bine rolul familiei în dezvoltarea și cizelarea trăsăturilor de personalitate ale copilului, rezultă foarte clar rolul negativ pe care l-au jucat relațiile nefavorabile dintre părinți și copii (întîlnite la un procentaj de 72,83%) în psihogeneza diferitelor tulburări psihice pentru care au necesitat un tratament de specialitate.

De fapt, în familiile în care există doar o singură persoană, care prin comportamentul ei, alternează relațiile intrafamiliale și în general

structura celor 5 dimensiuni amintite, aceste perturbări se vor răsfrînge asupra tuturor și cu preponderență asupra copiilor. În consecință, cu timpul, toți membrii familiei ajung să prezinte diferite semne nevrotice, psihopatiforme și chiar discordante. În acest sens putem arăta că la copiii observați de noi, am întîlnit la 75,00% dificultăți de adaptabilitate în familie și mai ales la școală, la 85,86% dificultăți în exteriorizarea cizelată a trăirilor emoțional-afective și la 45,65% dificultăți la învățătură (16% fobia de școală).

Dar pe lîngă cele de mai sus la 34,78% dificultățile de adaptabilitate se manifestau prin reacții exploziv-impulsive și necontrolate rațional (avînd caracterul unor furtuni afectiv-vegetative), ca de pildă : crize de plîns, reacții psihogene (mai ales la fete), impulsiuni spre agresivitate, fugi patologice, vagabondaj, furt, consum de alcool, fumat, mitomanie și altele ; în timp ce la 52,17% inadaptabilitatea (mai mult sau mai puțin moderată), se manifesta prin : acțiuni negativiste, minciuni, timiditate, teamă, plîns, tremurături, transpirații, cefalee, anorexie mintală, dezinteres și pasivitate față de tot ce se petrece în jur, închistări în sinea lor și meditații sterile, indispoziție tristă, anxietate, lipsă de spontaneitate și inițiativă, insomnie, enurează, pavor nocturn, coșmaruri și în cazuri mai rare chiar printr-un comportament autolitic.

Prezența acestor perturbări întîlnite la copiii observați, demonstrează că alături de influența negativă a mediului familial, acționează și ele în mod direct nu numai la accentuarea raporturilor dimensionale-intrafamiliale, dar și la subdimensionarea dinamico-structurală a personalității, în formare, a acestor copii.

În afară de aspectele descrise mai sus, semnalăm că la un procentaj de 20,65% din familiile analizate, nu am întîlnit nici un factor legat de unii din soți, ce ar fi putut deregla relațiile intrafamiliale, dar cu toate acestea copiii lor au prezentat diferite manifestări psihopatologice. Desigur, după o analiză atentă am găsit că și la baza acestor tulburări, pe lîngă o serie de factori organici (cum sînt : boli infecto-contagioase, mai ales meningo-encefalite, traumatisme minore cranio-cerebrale, nașteri prelungite, incompatibilitatea Rh etc.) stau o serie de alți factori și anume : copilul unic, preocuparea excesivă de a-i feri pe copii de orice stressuri fizice și psihice, dorința exagerată ca aspirațiile lor nerealizate să fie realizate de copii, lăsarea copiilor în grija bunicilor sau altor persoane ale căror principii diferă foarte mult de cele ale părinților și uneori față de normele etico-morale ale epocii în care trăiesc.

În legătură cu părinții prea grijulii pe care i-am întîlnit mai frecvent atunci cînd era vorba de un copil unic (despre care majoritatea susțin că sînt problematici, iar Stanley Hall, 1907 — spunea că „un copil unic în majoritatea cazurilor înseamnă deja boală“, desigur că prin grija lor excesivă prin care unii părinți își scuteau și apărau copiii de orice eforturi, traume și în special îi realizau toate dorințele, nu au făcut altceva decît să-i transforme în copii și adolescenți timizi, leneși, puerili, egoiști, geloși, lipsiți de spontaneitate și inițiativă, dominați în acțiunile

lor de o logică afectiv-hedonică etc., trăsături care necesită mari eforturi pentru a fi înlăturate. Abia în aceste situații o mare parte din părinți își dădeau seama de greșelile lor (pe care încercau să le corecteze), în schimb o parte, cu toate greșelile copilului, îl idolatrizau în continuare.

Un alt aspect pe care dorim să-l evidențiem se leagă de așa zisul „copil nedorit" al căror părinți îl lipsesc de dragostea și atmosfera caldă, avînd față de el o atitudine rece și ascunsă, chiar ostilă. De fapt, respingerea părintească oricît ar fi de bine deghizată, copilul o simte ca pe o lipsă de afecțiune caldă în dorințele lui, ceea ce în multe cazuri poate să ducă la grave perturbări ale structurii psiho-somatice a copilului.

În concluzie, remarcăm faptul că relațiile armonioase și raționale ale părinților cu copiii au maximă importanță în formarea și cizelarea dinamico-structurală a personalității lor. Tocmai de aceea, considerăm că este bine ca încă din școală să se acorde o mai mare atenție acestor probleme și mai ales a relațiilor care trebuie să stea la baza organizării unei familii armonioase, în care copiii să aibă toate șansele dezvoltării personalității lor la cei mai înalți parametrii potențiali.

Se impune ca educatorii să cunoască bine copiii proveniți din familii dezorganizate, să cunoască comportamentul acestora și să poată ajuta la crearea personalității lor nedeviate.

Cel puțin pentru unele categorii (navetiști, părinți cu munci de răspundere, de teren etc.) educatorul este chemat să suplinească o parte din carențele educaționale și să suplinească o parte din lipsa de afectivitate părintească.

În cazul familiilor dezorganizate, crește rolul legăturilor ce trebuie să existe între medic și educator.

Bibliografia la autori.

SOME ASPECTS ON PSYCHOPATHOLOGICAL IMPLICATIONS DERIVED FROM DISHARMONIOUS RELATION BETWEEN PARENTS AND CHILDREN

Summary

In the study we make an attempt to define the intrafamilial relations complexity and the patogenous interferrence of an abnormal family environment on descendants.

We used a sample of 92 children and preadolescents (aged between 4—17), heterogenous as family is concerned, which we studied from the personality characteristics, intra and extrafamily relations, group particularities and of economic level points of view.

The results we obtained reinforce the importance of a good parent-child and intraparental relations in building-up a normal personality, an optimal level of mental and somatic health, also stressing the important place of the physician and it's collaboration with educative factors (i.e. family and school).

TRANSSEXUALISMUL ȘI IMPLICAȚIILE SALE ÎN ASISTENȚA MEDICO-SOCIALĂ

Gh. Scripcaru, T. Pirozynski, T. Ciornea, A. Harmanschi, Monica Plăhteanu, V. Astărăstoae, Gh. Munteanu, R. Ușurelu

Laboratorul Exterior de Medicină Legală Iași
Clinica de Psihiatrie Iași

TRANSSEXUALISMUL ESTE DEFINIT CA O DORINȚĂ OBSEDANTĂ a unui schimb de sex determinat, de schimbare a sexului în concordanță cu sentimentele intime de apartenență la alt sex și de dezgust pentru sexul propriu (1, 9).

Trăsăturile caracteristice ale sindromului sînt :

— sentimentul irevocabil de apartenență la alt sex ;

— sentiment existent împotriva fenotipului care nu produce dubii sau ambiguități de gen ;

— necesitatea de a trăi în conformitate cu sentimentele rezultate din credința unei erori a naturii, necesitate din care decurge dezgustul pentru propriul sex ;

— structurarea unei disforii sexuale, a unei discordanțe dintre gen și rol, rezumată în formula „mens insana in corpore sano" ;

— structurarea unei tulburări de personalitate cu rejetul sexului ontogenetic ;

Sindromul are o frecvență de 1/100.000 la bărbați și 1/400.000 la femei.

În cazuistica noastră figurează evidențe despre 5 cazuri de transsexualism dintre care, trei transsexualisme masculine și două feminine :

P. A., în virtutea sentimentelor sale de apartenență masculină, face eforturi deosebite pentru a-și inhiba pornirea, în primul rînd căsătorindu-se ca femeie, conform fenotipului morfoclinic și civil. Pentru a nu-și percepe soțul ca bărbat, în timpul relațiilor conjugale consumă alcool în mod abuziv. Cu aceeași finalitate acceptă nașterea unui copil pe care apoi îl urăște și-l părăsește. În final, părăsește familia și simțindu-se bărbat, mimează un comportament conjugal masculin, inclusiv o deflorare manuală. Este examinat pentru perversiune homosexuală.

I. M., de fenotip feminin, se comportă în relațiile extraconjugale și în mediul său de existență ca un bărbat, pînă la cucerirea unei femei văduve cu care „conviețuiește" și ai cărei copii i se adresează cu cuvîntul tată. Relațiile „conjugale" se realizau prin organe artificial create și prin exhivalențe sexuale. Este examinat de asemenei pentru acuze de perversiuni homosexuale.

C. A., relatează că, deși înregistrat de mic ca fată, de cînd se știe, s-a simțit ca bărbat. La pubertate trăirile sale s-au accentuat, motiv pentru care s-a internat iar în baza unui certificat medical i s-a schimbat numele din Ana în Andrei. Ulterior, în baza unei indicații medicale i se practică o mastectomie, urmată de tratament hormonal, consecutiv căruia se produce îngroșarea vocii și apare un început de pilozitate. Sub noul său nume contractează o căsătorie urmată de

deflorare, probabil digitală sau cu un obiect mecanic. Investigațiile complementare arătau o cromatină Barr și un cariotip feminin, o morfogramă caracterizată prin centură scapulo-humerală strîmtă și ischitrohanteriană largă, bazin ginecoid și pilozitate modificată. Examenul radiologic concordă cu datele morfogramei, iar reacțiile hormonale pentru 17- cetosteroizi, deși modificate prin tratament hormonal, se prezintă la limita feminității. Examenul ginecologic relevă integritatea himenală iar examenul psihologic, un cotient intelectual de 90, egofilie cu refuzul feminității, trăiri intelective imaginare explicate de pulsiunile sale sexuale masculine, dezinteres total față de consecințele ambiguității sale sexuale, cu excepția ciclului menstrual care relatează că îi devine o povară din ce în ce mai insuportabilă.

I.V., de 18 ani, deși genetic și fenotipic prezintă caractere masculine, își simte corpul „ca pe o închisoare", se comportă după modele și atitudini feminine și în scopul facilității admiterii la o facultate de teatru pentru o secție feminină, insistă pentru schimbarea chirurgicală a sexului. Acceptă orice intervenție în scopul schimbării sexului în femeie și refuză orice terapie de decondiționare feminină.

M.P., este internat în spital pentru tendințe considerate pervertite, datorită impulsionării de a se dezbrăca tot timpul datorită pudorii pe care o simte, considerîndu-se fată. Trăirile sale se află în contradicție totală cu sexul genetic și morfologic, iar în timpul spitalizării și a unor relații „erotice" cu un bărbat, acuză sentimente de pseudosarcină și confecționează jucării pentru viitoarea sa fetiță. De relatat că provine dintr-un cuplu de gemeni masculini și că mama, dorind o fetiță, s-a comportat față de el ca atare încă din cea mai fragedă vîrstă.

Sub aspect clinic, sindromul se caracterizează prin idei obsesive și prevalente, fără a fi delirante, privind identitatea de sex. În acest scop, bolnavii adoptă profesiuni în conformitate cu sexul trăit și nu cu sexul genotipic și se comportă în același sens. Sînt de reținut insistențele repetate de schimbare a sexului iar în caz de refuz, recurg frecvent la tratamente empirice hormonale sau la automutilări. Sub aspect genetic, gonadic, gonoforic, hormonal și somatic nu se constată discordanțe între nivelele de sex. Datorită tratamentelor hormonale sau roentgenterapiei își modifică vocea și pilozitatea sau fac accidente ostoitice. În general, după tratamente hormonale și intervenții chirurgicale, subiecții iau aspect de pseudohermafroditism masculin sau feminin (2, 6, 8).

Transsexualismul poate fi clasificat din mai multe puncte de vedere. După criterii etiologice poate fi psihogen, cînd exprimă o dificultate a identificării de gen cu identificare patologică la vîrsta copilăriei ; educativ sau delirant, ultimul fiind considerat expresia simptomatică de boală psihică. Alteori, sindromul poate fi primar sau secundar, cînd devine un simptom al tulburărilor de sexualitate, a homosexualității, epilepsiei de lob temporal sau abuzului de amfetamine. Criteriul dinamic vorbește de un transsexualism minor, ca în travestism și cînd exprimă dorința adoptării vestimentației sexului opus în conformitate cu sentimentele trăite sau poate fi major, ca în cadrul transsexualismului esențial cînd subiecții recurg la tratamente hormonale, la debarasarea de organele genitale sau realizează pseudosarcini ori căsătorii în opoziție cu sexul lor fenotipic.

Sub aspect etio-patogenic, asupra sindromului s-au emis mai multe ipoteze :

Unii au subliniat dificultatea prizei de conștiință a propriului sex la o vîrstă precoce, sub 4 ani, datorită modelelor inadecvate oferite de mediu. Bentham spunea că sexul se impune ca „un epifenomen al problemelor de memorie" ce dau matricea sexuală pe care se imprimă, prin procesul de imprinting, comportamentul sexual.

Alte ipoteze invocă factori genetici și anume, o tulburare în secreția antigenului HY ce are loc sub influența genelor de pe cromozomul Y, tulburare

urmată de lipsa de diferențiere a gonadei. Dar, biopsiile de gonadă nu au arătat modificări morfologice sau secretorii iar la gemenii monozigoți nu s-a constatat o concordanță a bolii sau o identificare a sindromului.

Ipotezele endocrine invocă o influență hormonală opusă care se produce în stadiul prenatal iar Money susține chiar că ar fi reprodus astfel sindromul în mod experimental pe maimuțe.

Ipotezele psihiatrice vorbesc de o disociere schizoidă a nivelelor de sex sau, chiar de un delir schizofrenic ca adevărat delir disforic de identitate sexuală. Dar, majoritatea autorilor, nu introduc transsexualismul delirant în transsexualismul propriu-zis care se impune ca o tulburare de diferențiere sexuală de natură psihologică prin excelență.

Ipotezele sexopatice admit un narcisism sau o homosexualitate reprimată dar, de asemeni, atari tendințe exclud sindromul transsexual și sînt încadrate de regulă în perversiunile sexuale.

În sfîrșit, ipotezele psihologice, cele mai acreditate, admit o dificultate de imprinting privind rolul sexual, care are loc înaintea vîrstei de 4 ani, ce constituie vîrsta prizei de conștiință a propriului sex și care, datorită atitudinilor ambientale, determină la subiect o priză patologică a sexului propriu (3, 5).

Ipotezele etiologice mai sus enunțate conduc implicit către necesitatea unui diagnostic diferențial al transsexualismului. Afecțiunea trebuie deosebită de stările intersexuale caracterizate, în principal, prin adaptarea psihologică a subiectului la morfologia sa sexuală și corporală.

Sindromul trebuie deosebit apoi, de homosexualitate, în care, tendința către un alt rol sexual se face fără convingerea subiectului de apartenență la alt sex. În homosexualitate, pulsiunea homosexuală și convingerea apartenenței sexuale sînt disociate față de transsexualism unde se prezintă ca o unitate (4, 7).

În sfîrșit, transsexualismul trebuie deosebit de stările delirante, atîta timp cît în transsexualism nici o investigație nu arată vreo anomalie a proceselor de gîndire.

Implicațiile medico-legale privind transsexualismul se referă la :

— condiția juridică în vederea contractării căsătoriei ; o astfel de căsătorie devine nulă, deoarece, se încalcă condiția esențială privind diferența de sex ;

— statutul profesional și sportiv al acestor subiecți va fi, evident, în consecință cu fenotipul sexual ;

— liceitatea intervențiilor medicale, îndeosebi chirurgicale, este admisă și considerată de majoritatea autorilor ca răspunzînd unei stări de necesitate, altfel, bolnavii ajungînd la amputări artizanale și la grave tulburări psihice. Faptul justifică deci intervenția în scopul salvării unui aspect care devine astfel superior interesului sacrificat. Atîta timp deci cît transsexualismul este considerat o boală, intervenția chirurgicală apare licită și ea tinde a ajusta starea somatică la cea psihică, mai ales în situația eșecului psihoterapic de ajustare a stării psihice la starea somatică a subiectului. În același timp, este evident că ori de cîte ori transsexualismul se asociază cu tulburări psihice, intervenția chirurgicală va fi considerată un fel de „pactizare“ cu delirul și ca atare, nejustificată. Asupra indicațiilor intervenției chirurgicale în transsexualismul secundar, ca de exemplu în tulburările de diferențiere sexuală, nu există divergențe de atitudine.

Schimbarea sexului consecutiv intervenţiilor chirurgicale la transsexuali apare ca un fapt licit, fiind justificată ca o eroare de înregistrare a sexului civil.

În sfîrșit, consimțămîntul și condiţiile bazale pentru o nouă căsătorie nu pot fi validate, deoarece, lipsește diferența de sex și ca atare, căsătoria devine nulă. În cadrul dreptului partenerului la informare prin relatarea sindromului și ca o consecință a rezultatului intervenţiilor chirurgicale, de lege ferenda, căsătoria va putea fi admisă. În același cadru se pune și problema faptului dacă, atunci cînd sindromul apare în cadrul căsătoriei, consimțămîntul celuilalt soț la intervenţiile chirurgicale și la actul de divorţ este valid sau nu.

Transsexualismul, în concluzie, este trăit ca o eroare a naturii care conferă acestor subiecți un destin caricatural dar nu mai puțin dramatic. El apare deci ca o adevărată absurditate, care, în contextul manifestărilor comportamentale evolutive trebuie să se distingă de perversiuni, de tulburările de diferențiere sexuală sau de tulburările psihice. Sindromul accentuează caracterul plurimotivat al comportamentului sexual care poate merge deci pînă la contrazicerea sexualităţii instinctive. Dimpotrivă, sindromul probează valoarea estetică a sexualităţii ca un aspect al motivaţiei umane sau ca o formă de aberanţă prin care devine antinomia sa.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Abraham G., Pasini P.: *Introduction à la sexologie médicale*, Payot, 1975.
2. Evola J.: *Métaphysique du sexe*, Payot, 1976.
3. Hamburger C.: JAMA, 1953, 152, 391.
4. Laborit H.: *L'agresivité detournée*, Fayard, 1970.
5. Money J.: Internat. J. Med. Law, 1979, 1, 11.
6. Sadock B.: *The sexual experience*, Williams, Comp., 1976.
7. Scripcaru Gh., Pirozynski T.: Rev. Med. Chir., 1973, 4, 715.
8. Turner G.: Amer. J. obst. gynecol., 1978, 2,119.
9. Zwang G.: *Abrégé de sexologie*, Masson, 1976.

TRANSSEXUALITY AND ITS IMPLICATIONS FOR MEDICAL AND SOCIAL CARE DELIVERY

Summary

In connection with the analysis of five cases of transsexuality, are presented the clinical aspects, pathogenic, hypotheses and the implications of these states for the medical and social care delivery. The medical examination of the cases with transsexuality by differentiating them from perversions, disorders of sexual differentiation and neuro-psychic processes with disturbances of the sexual behaviour guides the conduct of care like the psychoprophilactic relations regarding the risk of dissociability in such cases.

CONSIDERAȚII ASUPRA UNEI SITUAȚII MEDICO-JUDICIARE IMPREVIZIBILE (ANALIZĂ DE CAZ)

Emilia Cambose

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

PRACTICA PSIHIATRICĂ ARATĂ PREZENȚĂ UNOR COMPORTAmente imprevizibile, care sînt frecvent întîlnite îndeosebi în mediile școlare, militare și în situațiile cu implicații medico-judiciare.

Frecvența acestor comportamente imprevizibile se poate prezuma că va crește odată cu complexitatea vieții sociale.

În sensul acestei situații prezentăm următorul caz cu implicații medico-judiciare, în evidență la organele judiciare și la Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași.

T.C., născut la 23 iulie 1957 în orașul Bacău, fost elev în anul VI la Școala profesională specială, meseria zugravi, a fost acuzat de omor asupra unei persoane în vîrstă, cu jefuire (cîteva obiecte) pentru care s-au luat măsuri de siguranță în conformitate cu art. 114 c.p., fiind internat provizoriu în Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași, în vederea investigării și efectuării tratamentului medical corespunzător.

Menționăm că subiectul avea un comportament pasiv cu antecedente psihiatrice: internat în spital în municipiul Bacău cu diagnosticul: manie cu elemente confuzive, apoi la Spitalul „Socola" — Iași, cu diagnosticul: sindrom schizoid pe fond encefalopat și în sfîrșit, pentru episodul medico-judiciar și în regim de protecție prevăzut de art. 114 c.p.

Interesîndu-ne în mod special acest caz din punct de vedere psihologic și social, am procedat la studiul amănunțit al personalității subiectului, în scopul evidențierii rolului factorilor psihosociali care au intervenit în comportamentul subiectului, capacitatea sa intelectiv-afectiv-volitivă și modul cum i-au influențat conduita.

În acest sens investigațiile complexe au cuprins observații permanente în clinică, în mediul școlar, analiza psihologică și examinarea, cît și ancheta socială.

Din relatările părinților reiese că a suferit de otită medie bilaterală, rămînînd cu sechele hipoacuzice, fapt pentru care nu a putut fu primit și calificat profesional.

În urma solicitărilor prin forurile competente, a fost repartizat la Școala profesională specială (surdo-muți) pentru a se califica într-o activitate productivă.

Din relatările cadrelor didactice rezultă că în cadrul școlii manifesta tulburări de comportament, dezinteres față de obligațiile școlare, fiind considerat cel mai slab elev la instruirea practică. În clasă era timid, retras, nu participa la grupurile colegilor săi, în majoritatea timpului citea numai literatură de aventuri.

La examenul psihiatric coroborat cu cel psihologic se constată apariția unor deformări caracteriale și de personalitate, tendințe la izbucniri zgomotoase, irascibilitate explozivă, labilitate emoțională, nevoia de satisfacție imediată, tensiuni emoționale negative cu incapacitate frenatorie instinctiv-emoțională, pe fond de

intelect liminar. Subiectul are capacitatea de a relata în mod coerent antecedentele sale, cît și implicația sa judiciară.

Inițial, la internarea în spital recunoaște fapta ce i se impută, din care rezultă că în ziua faptei săvîrșite mergea la domiciliul victimei, cu intenția de a procura bani pentru a-și cumpăra obiecte de îmbrăcăminte.

Menționăm că subiectul mergea de cîțiva ani la adresa victimei și primea diferite sume de bani pentru mici servicii pe care le făcea.

De asemenea, cunoștea obiceiurile și locuința victimei, unde fusese de nenumărate ori, la solicitarea colocatarei, care fusese salariata școlii unde era elev.

În ziua respectivă, victima a fost mai puțin darnică la solicitările sale bănești, motiv pentru care o lovește de mai multe ori la față și peste gît cu un cuțit, avînd grijă să nu se murdărească de sînge pe haine.

După ce a săvîrșit fapta, spală cuțitul, îl pune la locul lui, își însușește din locuință cîteva obiecte mărunte (lanternă, ceas etc.) pe care ulterior le aruncă pentru a nu se găsi asupra lui.

La discuțiile avute cu psihologul neagă crima ce i se impută, perseverînd în afirmația că recunoașterea a fost fictivă, la început aflîndu-se în stare de tensiune emoțională, în fața organelor de cercetare. În situația respectivă, subiectul este renegat de familie și abandonat pe seama asistenței publice. Familia nu a întreprins nici o acțiune de contact cu rețeaua medicală pentru facilitarea condiției medico-sociale și juridice a copilului lor.

Examenul psihologic relevă structura personalității de aspect ciclotim cu nucleu neurotic pe fond de intelect liminar.

În prim plan se remarcă o stare de instabilitate psiho-motorie cu logoree și fugă de idei ; irascibilitate explozivă în contextul unui cîmp de conștiință cu tendință spre îngustare progresivă.

Examinarea psihologică evidențiază un comportament psihopatologic, dominat de tulburări psihice. În timpul examenului, subiectul face eforturi insistente de dezvinovățire. Discutînd asupra mobilului crimei, susține că nu a săvîrșit-o și insistă permanent să fie externat din spital pentru a se întoarce la școală, an final al ciclului de învățămînt, cînd va privi o calificare. Toate acestea exprimă starea afectivă a subiectului și un raționament în aparență logic.

În urma celor expuse se poate concluziona, că acest caz analizat, reprezintă un comportament imprevizibil agresiv la un handicapat psihic.

A fost cunoscut de cînd s-a internat pentru prima dată în spital, dar a luat o etichetă falsă de surdo-mut.

Investigația noastră a confirmat diagnosticul de comițialitate cu tulburări de comportament pe fond de intelect liminar.

Fapta ce i se impută este confirmată de ancheta judiciară și ea apare ca un aspect impulsiv comis în stare de tensiune emoțională negativă, pe fond de comițialitate, cu discernămînt diminuat.

Gravitatea faptei comise impune luarea unor măsuri ca :

— menținerea pe termen îndelungat a măsurilor de siguranță prevăzute de legislația penală ;

— ridicarea acestor măsuri numai la solicitarea familiei și asigurarea permanentă a asistenței publice ;

— încadrarea în perspectivă în activitatea de ergoterapie în cadrul unei instituții de specialitate ;

— sporirea atenției cu care se face orientarea și repartizarea elevilor deficienți, în rețeaua școlilor speciale ;

— întărirea supravegherii elevilor deficienţi în cadrul şcolii şi preocuparea intensă a factorilor educativi pentru folosirea bugetului de timp al elevilor în mod instructiv-educativ ;

— control periodic din punct de vedere psihiatric al elevilor deficienţi, în mod deosebit al celor cu dublă deficienţă.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Bogdan T. : *Probleme de psihologie judiciară*, Edit. Ştiinţifică, Bucureşti, 1973.
2. Dănescu Gh., Tomorug E. : *Probleme judiciare în psihiatrie*, Edit. Medicală, Bucureşti, 1973.
3. Dragomirescu V. : *Psihosociologia comportamentului deviant*, Edit. Şt. şi Enciclop., Bucureşti, 1976.

CONSIDERATTIONS OF AN UNPREDICTIBLE FORENSIC SITUATION (ANALYSIS OF A CASE)

Summary

This communication analyses a case with forensic implications due to an unpredictible behaviour of a psychical handicapped schoolboy, accused of homicide of an aged person.

The case was investigated in a complex manner using psychological analysis, clinical observation, school environment, psychologic examination, social ancheta, being especially interested in the role played by the psycho-social factors interfered with the behaviour of the subject.

The investigations confirmed the diagnosis of commitiality with behavioural disorders against the background of limited intellect and they draw attention on a distinctly careful supervision of the educational factors.

ASPECTE MEDICO-LEGALE PSIHIATRICE PRIVIND IMPLICAȚIILE ALCOOLISMULUI ÎN COMITEREA INFRACȚIUNILOR

N. Păruș, Carola Offenberg,
I. Bulău, E. Alexandru, Demetra Pandele

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

MULTIPLE STUDII STATISTICE DEMONSTREAZĂ ȘI NE ATRAG în același timp atenția că alcoolismul participă din plin la geneza actelor criminale și a infracțiunilor de toate categoriile, cu pierderi de vieți, pierderi materiale, pierderea sănătății etc.

Constanța Ștefănescu Parhon și E. Tomorug menționează 48% omoruri săvîrșite sub influența alcoolului.

E. Pamfil și colaboratorii din expertizele medico-legale efectuate, constată un procentaj de 9,1% de delincvenți prin alcoolism, iar Gh. Scripcaru menționează cuplul alcoolism delincvență într-un procent de 9,8% cazuri.

Din datele statistice prezentate de Institutul de Medicină Judiciară Serbski din Moscova rezultă că în cursul anului 1957, din totalul cazurilor expertizate, 25% au comis infracțiunea în stare de ebrietate.

În mod general, statisticile publicate atestă corelația pozitivă între alcoolism și criminalitate, alcoolul fiind considerat ca un taxic antisocial de prim rang. Consumul de alcool determină sau facilitează trecerea la efectuarea actului imputabil prin anularea inhibiției corticale, mărind iritabilitatea, exacerbează impulsiunile instinctuale.

Sub aspect psihologic, intoxicația alcoolică prin anestezia simțului moral-social devine sursa conflictelor și generează agresiuni prin scăderea criticii față de comportamentul propriu, pierderea simțului măsurii și tactului, toate acestea fiind bineînțeles legate și de personalitatea individului în săvîrșirea actelor antisociale. Gradul de alcoolemie nu are întotdeauna echivalentul funcțional al acțiunii lui, deci gradul de beție nu corespunde întotdeauna cantității de alcool ingerat.

Sub aspectul discernămîntului față de faptele imputabile, comise sub influența alcoolului, se diferențiază nosologic situațiile denumite stări de beție obișnuită, de alcoolofilie, ambele situații cu păstrarea discernămîntului și cele de alcoolomanie cu decompensări psihotice.

În alcoolismul cronic se observă apariția tulburărilor caracteriale, menținîndu-se totuși capacitatea de a-și da seama de acțiunile sale, de a discerne binele de rău, moralul de imoral. Starea de degradare alcoolică apare în general după vîrsta de 40 de ani. Tulburările comportamentale apărute la alcoolicii tineri sînt de obicei legate de structura dizarmonică a personalității ca factor premorbid, alcoolul avînd mai curînd un rol

situațional de agravare a trăsăturilor premorbide, degradarea socială nefiind condiționată de modificările toxice organice ci de reacțiile de durată la psihopați. Tulburările de conștiință apărute în diversele forme ale patologiei alcoolice pot fi variate ca intensitate și calitate, gradul și profunzimea tulburărilor de conștiință se exprimă prin acțiuni nejuste, nemotivate, inadecvate, lipsite de logică, putînd fi determinate de halucinații oniroide cu agitație și raptusuri cu impulsii agresive, idei delirante, gîndire incoerentă, haotică, cu pierderea discernămîntului. Delirul de gelozie este caracteristic psihozelor alcoolice, cu false bănuieli și născociri în scopul confirmării infidelității conjugale, împrejurări în care se recurge chiar la violență în scopul obținerii recunoașterii presupunerilor patologice.

În cadrul alcoolismului poate apărea beția patologică ca o decompensare psihotică acută. În accepțiunea majorității autorilor, beția patologică este o tulburare psihică acută de scurtă durată dezvoltată în legătură cu ingerarea de alcool, încadrîndu-se în stările excepționale psihiatrice, cu trăiri halucinatorii și delirante, cu tulburări ale conștiinței care rezultă din acțiunea nejustă, nemotivată, lipsită de logică. Beția patologică în mod obișnuit apare cînd se asociază acțiunile mai multor factori debilitanți ai sistemului nervos central, de aceea se observă foarte rar sau poate fi un episod unic în cursul vieții. Apariția beției patologice nu este în funcție de cantitatea de alcool ingerată, în mare număr de cazuri ea poate fi provocată la doze mici de alcool, în condițiile de astenizare ale sistemului nervos central ca de exemplu : extenuarea, foamea, insomnia, astenia post-infecțioasă, setea, căldura mare, enervările, emoțiile, frica, așteptările încordate, călătoriile incomode îndelungate etc. În apariția beției patologice un rol important îl prezintă predispoziția individului (Kleist), dezechilibrul personalității, cît și o serie de suferințe organice (traumatizați cranieni, psihopați etc.).

Beția patologică se diferențiază de intoxicația alcoolică simplă prezentînd o tulburare psihică acută tranzitorie, care duce la pierderea discernămîntului.

Din totalul expertizelor medico-legale psihiatrice efectuate de către comisia județeană Iași în perioada anilor 1959—1980 inclusiv, alcoolismul cu diversele sale forme clinice a fost implicat într-un număr de 1026 cazuri, reprezentînd un procent de 19%, din care 80,6% au avut discernămînt în timpul săvîrșirii faptei imputabile, la 14,6% s-a apreciat lipsa discernămîntului, iar la 4,8% discernămînt diminuat. Cele mai multe infracțiuni fiind comise în stare de ebrietate obișnuită. (Tab. 1).

Felul și numărul de infracțiuni comise cu implicație alcoolică sînt prezentate numeric și procentual în ordine descrescîndă în tabelul 3. Pe primul plan situîndu-se furturile, apoi actele de huliganism, ultraj, crimă de omor etc. Referitor la crimele de omor se observă o creștere a lor în ultimii 10 ani, cele mai multe cazuri fiind săvîrșite în stările de beție obișnuită, fără antecedente psihiatrice, iar într-un număr redus de cazuri în stare de beție pe fond psihopat, oligofren, epileptic. Repartiția pe grupe de vîrstă a cazurilor expertizate relevă procentajul cel mai

mare (34,6%) la grupa de vîrstă 21—30 ani, și cel mai mic (2,2%) la grupa de vîrstă peste 60 ani (tab. 2).

Repartiția pe sexe a cazurilor expertizate pentru infracțiunile comise în cadrul diverselor forme ale alcoolismului evidențiază un procent de 95,6% pentru sexul masculin și numai 4,4% pentru sexul feminin.

TABELUL 1

DIAGNOSTICUL	Total examinați	Cu discernămînt	Fără discernămînt	Discern. diminuat
Ebrietate obișnuită	505	505	—	—
Alcoolism pe fond psihopat	132	126	1	5
Alcoolism cronic	125	116	—	9
Beție patologică	55	—	55	—
Alcoolism cu psihopatizarea pers.	53	50	—	3
Psihoză alcoolică	51	—	51	—
Alcoolism pe fond encefalopat	39	7	15	17
Alcoolism pe fond encefalopat cu debilitate mintală	21	2	13	6
Alcoolism cu crize comițiale	18	11	3	4
Dipsomanie	18	10	2	6
Psihoză Korsakov	9	—	9	—
TOTAL GENERAL	1026	827	149	50
PROCENTAJ	100%	80,6	14,6	4,8

Date statistice privind concluziile expertizelor medico-legale psihiatrice a comisiei județene Iași, în aprecierea discernămîntului în diversele forme clinice ale alcoolismului de care au suferit infractorii examinați în perioada anilor 1959—1980.

TABELUL 2

GRUPA DE VÎRSTĂ	Tatal expertizări	Procentaj %
21—30 ani	355	34,6
31—40 ani	294	28,6
41—50 ani	183	17,8
pînă la 20 ani	94	9,2
51—60 ani	78	7,6
peste 60 ani	22	2,2
TOTAL general	1026	100%

Repartiția pe grupe de vîrstă a cazurilor expertizate de comisia medico-legală psihiatrică a județului Iași în perioada anilor 1959—1980 pentru infracțiunile comise în cadrul diverselor forme clinice ale alcoolismului.

TABELUL 3

INFRACȚIUNEA	Nr. cazuri	Procentaj %
Furturi	375	37,5
Huliganism	140	13,6
Ultraj	136	13,2
Crimă de omor	78	7,6
Vătămare gravă corporală	76	7,4
Înșelăciune, furturi, lipsă în gestiune	54	5,2
Viol	35	3,4
Tîlhărie	26	2,5
Tentativă de viol cu vătămare	16	1,5
Violare de domiciliu	16	1,5
Agresiune	15	1,4
Tentativă de omor	15	1,4
Incest	12	1,1
Conducere autovehicol fără permis	10	0,9
Incendierea propriei locuințe	7	0,6
Abandon familial	6	0,5
Inversiune sexuală	5	0,4
Dezertare din armată	4	0,3
TOTAL GENERAL	1026	100%

Date statistice privind felul și numărul de infracțiuni comise de persoane în diverse forme clinice ale alcoolismului, examinate în perioada anilor 1959—1980 de către comisia medico-legală psihiatrică a județului Iași.

Se evidențiază deci că actele cu caracter infracțional pot fi comise atît în stare de beție alcoolică obișnuită cît și în diversele forme patologice ale intoxicației alcoolice. De asemeni, impregnația alcoolică de durată poate duce la decompensări psihotice, degradarea personalității, cît și la consecințe patologice organice uneori ireductibile. De aceea se impune intensificarea măsurilor de socio-profilaxie pentru prevenirea efectelor patologice ale alcoolului și a consecințelor sale nefaste psiho-organice cît și celor pe plan social, printr-o muncă coordonată și bine organizată de serviciul psihosocial cu diversificarea măsurilor profilactico-curative. La această muncă de combatere a alcoolismului este necesară antrenarea și colaborarea permanentă a diverșilor factori de răspundere pe plan social : medicali, de învățămînt, administrativi, comerciali, judiciari, obștești, ai locului de muncă și familiali.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Brânzei P., Scripcaru Gh., Pirozynski T. : *Comportamentul aberant în relațiile cu mediul*, Edit. Junimea, Iași, 1970.
2. Heuyer G. : La Revue du Practicien, Paris, 1964, t. XIV, nr. 4, pp. 407—413.
3. Morozov G.V. : *Sudebnaia psihiatria*, Moskva, 1965.

4. Păruș N.: *Contribuții la expertiza medico-legală privind delincvența și patologia alcoolismului*, Teză de doctorat, I.M.F., Iași, 1972.
5. Pirozynski T., Scripcaru Gh., Păruș N.: Rev. Med. Chir., Iași, 1962, nr. 2, pp. 315—318.

PSYCHIATRIC FORENSIC ASPECTS REGARDING THE IMPLICATIONS OF ALCOHOLISM IN CRIME COMMITTMENT

Summary

The authors present clinical aspects and statistical data concerning the conclusions of psychiatric forensic expertises of the commission of the county of Iași in the estimation of discernment in various clinical forms of the intoxication and the pathology of alcoholism of the persons checked up during 1959—1980.

At the same time the fatal consequences — both psycho-organic and at social level — of the abusive consumption of alcoholic drinks as well as some psycho-prophylactic steps are brought into relief.

CĂUTĂRI ȘI POZIȚII ÎN ABORDAREA PSIHOPATOLOGICĂ ȘI FIZIOPATOLOGICĂ A ALCOOLISMULUI CRONIC

G. Cornuțiu, Lucia Șandru

Spitalul de Neuropsihiatrie Oradea

I. *PREARGUMENTARE.* PATOLOGIA ALCOOLICĂ, CA PROBLEMĂ nerezolvată încă a patologiei umane, are două aspecte fundamentale diferite : a) alcoolismul ca addicție și b) alcoolicul ca victimă a addicției. Alcoolismul ca problemă socială, ca fenomen statstic al addicției, ca motivație a autoanihilării, prin abadonul total în fața tentației, este prima problemă și constituie un capitol al psihopatologiei gregare, diferită de psihopatologia individului. Dacă un alcoolic, rămas alcoolic în ciuda a nenumărate tentative terapeutice (chimio sau psihoterapeutice), ajunge convertit de către o sectă religioasă devine brusc un antialcoolic. Asta nu înseamnă nici că i-a schimbat echipamentul enzimatic, nici că i-a deviat oralitatea, nici alte asemenea explicații. Este problemă de psihologie gregară. Impactul și consecințele abuzului de alcool asupra biologicului și psihicului individului alcoolic, victima primului fenomen (gregar) este a doua mare problemă a patologiei alcoolice. Ne limităm la această problemă, care la rîndu-i se divide : a) mecanismele fizio și psihopatologice ale impactului abuzului cronic de alcool ; b) obiectivizarea specifică a abuzului cronic de alcool ; c) tratament. Pînă la ora actuală, cercetările întreprinse au dus la concluzia că efectul impactului alcoolic se datorează mai ales interferării metabolismului lipidic, cu antrenarea în degringoladă a întregului sistem metabolic, iar specificitatea neurotoxicității cu consecințele sale psihopatologice este problemă de specificitate fenotipică și se datorează interferării metabolismului tiaminic cu scăderea de factori „antihipoxidimici“ și a tulburărilor de irigație cerebrală. Găsirea unor baterii de teste care să obiectivizeze specific consumul cronic de alcool este necesară pentru completarea examenului clinic și a vorbelor sau sincerității bolnavului. Unii cercetători au ajuns la concluzia că o baterie de teste cuprinzînd GGT, VEM (volum eritrocitar mediu), lipidograma și transaminazele ar fi specifică hepatotoxicității alcoolice, chiar dacă unele, fiecare în parte, sînt nespecifice. Dintre testele de citoliză hepatică creșterea sistematică a nivelului GGT (gamaglutamiltransferază) a fost dovedită, la alcoolici, ca urmînd fidel consumul și sevrajul.

II. *Material și metodă.* Pornind de la datele comunicate de Leluc R. și Buffet C. am luat un lot de 132 alcoolici (L.E.) cronici, spitalizați în secția de Psihiatrie și am urmărit 13 parametri biologici : GGT, GOT, GPT, VEM, Bt (bilirubi-

nemie totală), Bd (B. directă), B.i. (B. indirectă), lipide totale, colesterol, trigliceride, electroforeza lipoproteinelor, lipidograma în agaroză, teste de disproteinemie. Acestor bolnavi li s-au făcut respectivele analize la internare, apoi în ziua a 7-a și a 3-a oară în ziua a 14-a. Din motive administrativ sociale (externări) pentru a doua testare nu am avut decît 100 bolnavi, iar pentru a 3-a testare decît 55 bolnavi, Am urmărit comparativ un lot martor (LM) de 30 de schizofreni neuroleptizați cel puțin 1 an de zile, cunoscîndu-se hepatotoxicitatea neurolepticelor. Această perioadă de testare la L.E. a fost din punct de vedere terapeutic, faza primară, aceea a dezintoxicării, a restabilirii funcțiilor hepatice și nervoase și a constat în tratamentul specific fazei. Datorită specificității individuale a hepatotoxicității alcoolice, datele obținute au fost grupate, în procente, pe număr de cazuri cu valori peste normal și de o manieră orientativă, pe grupe de cazuri, avînd GGT de 2, 3, 4—10 ori N (normalul). Drept urmare, în cazul GGT, unitatea de bază, comparativă, pentru testare la un moment dat și în manieră evolutivă, a fost valoarea normală (28—30 u.i.).

În cadrul urmăririi acestui prim lot de alcoolici am sesizat asocieri pe care inițial nu le bănuiam și ne-am continuat studiul luînd încă un lot aleator de 46 bolnavi, avînd ca prim diagnostic : alcoolism cronic, predelirium tremens, delirium tremens și halucinoză alcoolică. Acest lot a fost utilizat formînd următoarele categorii de loturi speciale : 1) totalul alcoolicilor cercetați ; 2) totalul psihoticilor alcoolici, și 3) totalul halucinozicilor. Am urmărit relația GGT în raport cu cele 3 loturi speciale (în ordinea creșterii intensității psihopatologice) pe grupe de valori, multiple ale N (normalului). Am exclus orice altă afecțiune somatică care ar fi putut explica valoarea mare a VSH-ului. Aceleași relații le-am urmărit și pentru cele 2 feluri de bilirubinemii și pentru testele de disproteinemie, dar aceste relații dovedindu-se total nespecifice nu le vom aborda mai departe. Expunem mai jos unii indici statistici și unele relații statistice relevate de cele două studii, grupate în 5 tabele.

III. *Interpretarea rezultatelor.* Deși cunoscută hepatotoxicitatea neurolepticelor, diferența dintre cele două loturi (primul studiu) este în favoarea LE (lotului etilic), la testele GGT. La neuroleptizați, hepatotoxicitatea era mai evidențiată prin testele GOT și GPT (vezi tabelul nr. 1). Valori de peste 100 u.i.a. GGT (pînă la 10 N) nu a prezentat decît lotul de alcoolici. Faptul că după 14 zile nu avem nici o valoare a GGT peste 6 ori normalul, că cele 11% cazuri cu valori peste 6 ori normalul din prima zi au regresat în alte grupe de valori, arată că nu era implicată o altă afectare a ficatului, scăzînd la sevraj și tratament. Dacă în afară de GGT, modificarea celorlalte valori biologice amintite, a putut fi confirmată în diverse sindroame ale suferinței hapatice, creșterea GGT, în proporție de pînă la 5—6 ori normalul, nu a putut fi evidențiată decît la alcoolicii cronici. Evoluția valorii acestei enzime în funcție de sevrajul alcoolic și creșterea ei în abaterile de la disciplina de tratament, subliniază caracterul ei oarecum specific față de toxicitatea hepatică a alcoolului. În ceea ce privește relația creșterii valorii GGT (% pe cazuri) în raport cu intensitatea psihopatologică (criteriu clinic, diagnostic), observăm procentul aproape dublu al cazurilor cu GGT mai mare de 1 N la psihoticii alcoolici față de lotul totalului de alcoolici. Din tabelul nr. 4 reiese tendința la paralelism între creșterea valorilor GGT și creșterea frecvenței psihozelor, cu scăderea frecvenței cazurilor cu simplă îmbibare alcoolică. Creșterea valorilor VEM (volum eritrocitar mediu) și evoluția lui, în scădere la sevraj, așa cum reiese din tabelul nr. 2. Tot o alterare eritrocitară arată și tabelul nr. 5, unde procentul de-

1.

	G.O.T.		G.P.T.		G.G.T.	
Lotul	L.M.	L.E.	L.M.	L.E.	L.M.	L.E.
Valori în % a cazurilor >N	66,7	62,8	50	49,2	13,3	60,6

2.

% din total cazuri cu VEM >100 μ^3	I-a zi	a-VII-a zi
	98%	70%

3 Repartiție în % de valori G G T evolutive

Valori G G T în U I	30-60	60-90	90-120	120-150	150-180	180-210	210-240	240-270	270-300	>300
I-a zi 100 de cazuri	20%	16%	9%	6%		1%	2%	1%	1%	6%
a-VII-a zi 100 de cazuri	26%	6%	11%	1%	2%	2%	3%	1%		
a-XIV-a zi 55 de cazuri	29%	5,5%	3,6%	5,5%	3,6%					

4 Raportul cazurilor de alcoolici nepsihotici/psihotici în raport cu intensitatea alterării G G T.

Valori G G T în raport cu N (normalul)		<1N		1-2N		2-3N		3-4N		4-5N		5-6N		6-7N		7-8N		8-9N		9-10N		>10N	
Nr de cazuri	Nepsihotici	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	?	1	2	1	2
	Psihotici	8	2	9	5	6	5	3	2	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	5

5 Relatia statistică a intensități psihopatologice a cazurilor de alterare G G T, V S H și disproteinemie

	Total alcoolici	Total stări psihotice inclusiv halucinozici	Halucinozici
Nr. de cazuri % cu valori G G T >N	47 %	94 %	91 %
Nr de cazuri % cu valori V S H >N	54 %	78 %	83 %
Nr de cazuri % cu valori teste de disproteinemie >N	32 %	29 %	36 %

cazuri cu VSH mai mare decît normalul este în creștere evidentă, odată cu creșterea intensității psihopatologice a cazurilor. Relația specifică a creșterii valorilor VEM și VSH în raport cu intensitatea patologică (ceea ce nu înseamnă un paralelism cu durata și cantitatea de alcool consumat), este subliniată de către nespecificitatea valorilor procentuale a alterării testelor de disproteinemie în raport cu gravitatea diagnosticului.

IV. *Concluzii.* Reiese o suficientă specificitate a GGT, în raport cu consumul de alcool și sevrajul, pentru a intra în rutina investigării alcoolicilor. Deasemenea, o relație statistică între GGT și intensitatea psihopatologică a cazului, putînd fi utilizată și în bateria de argumente prognostice.

Reiese o alterare eritrocitară (VEM și VSH) probabil prin impactul alcoolului asupra măduvei osoase, ceea ce presupune o alterare și a altor funcții celulare din organism prin impact direct (bine cunoscuta miocardopatie etc.). Rămîne de văzut cum se comportă bariera hematoencefalică. Oricum, acțiunea patogenică a abuzului de alcool este mai complexă decît se consideră la ora actuală.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Boissemin J.M., Oury E., Jacob C.., Petit P. : L'information psihiatrique, Toulouse, 1981, vol. 57, pp. 337—346.
2. Ey. H., Bernard P. et Brisset Ch. : Manuel de Psychiatrie, Ed. Med. Masson et C-ie, Paris, 1974.
3. Hegglin R. : *Diagnosticul diferențial al bolilor interne*, Edit. Medicală, București, 1959.
4. Gligore V. : *Semiologie medicală*, EDP, București, 1977.
5. Leluc R. et Buffet C. : La Revue du Practicien. Tom. XXX. 1980.
6. Lieber S. Charles : Le foie et L'alcool. Das Medizinche Prisma, nr. 1, 1976.
7. Nedelcu A., Neicu N. : Neurol. Psihiat., București, 1980, nr. 1, pp. 43—47.
8. Predescu V. și colab. : *Psihiatrie*, Edit. Medicală, București, 1976.

RESEARCHES AND POSITION IN PSYCHOPATHOLOGICAL AND PHYSIOPATHOLOGICAL APPROACH OF CHRONIC ALCOHOLISM

Summary

The authors assay a group of 132 chronical alcoholic in pacients, testing 13 biological parameters in three stages (the 1-st, the 7-th and the 14-th day), simultaneously with a group of 30 neuroleptically impregnated schizophrenics at least for one year.

From a statistical point of view a class specificity of the GGT related to the alcohol intake and withdrawal resulted.

Testing a group of 46 chronic alcoholics a close parallelism between the increase of the GGT value and the psychopathological intensity of the case resulted.

On the other hand, the increase of the ESR and of the Average Erythrocytic Valuare (AEV) in close relation to the alcohol intake and the psychopathological intensity of the case, lacking any parallelism with the hepatic alteration, suggests either an impact of the circulating alcohol upon the erythrocites or upon the bone marrow.

It is likely that the pathogenic influence of alcohol is more complex than admitted at present.

UNELE ASPECTE PRIVIND DINAMICA ALCOOLISMULUI CRONIC

P. Mihăescu

Spitalul de Psihiatrie Galați

CONSECINȚELE NEFASTE ALE CONSUMULUI ABUZIV DE BĂUturi alcoolice, asupra sănătății populației, conferă alcoolismului condiția de a constitui a patra problemă de sănătate publică după boli cardio-vasculare, mentale și cancer (R. Fox, apud. 2). Aprecierea sa în termeni de „total morbiditate" somatică și psihică, îl plasează — cu probabilitate — pe primul loc, în unele țări industrializate (7). Importanța răspîndirii și gravității alcoolismului, au incitat prezentul studiu, asupra dinamicii alcoolismului în județul Galați. Dacă reamintim că județul Galați este al doilea producător de vinuri din țară, studiul întreprins capătă un plus de semnificație.

Premizele studiului. Pentru aprecierea răspîndirii alcoolismului în teritoriul de referință, s-a pornit de la cîteva premize :

— Pe plan mondial se constată o veritabilă „pandemie alcoolică" (7). După unele opinii creșterea alcoolismului apare corelată cu modul de trai și moravurile din civilizația industrială.

— A fost constatată prezența unor relații de proporționalitate între extinderea consumului de băuturi alcoolice și numărul cazurilor de alcoolism (7) ; numărul alcoolicilor din populație și adresabilitatea lor în rețeaua psihiatrică.

— Informații asupra gravității alcoolismului dintr-un teritoriu, pot fi obținute prin raportarea spitalizărilor pentru alcoolism și psihoze alcoolice la numărul de locuitori, precum și prin raportarea numărului de psihoze alcoolice la spitalizările pentru alcoolism (6).

— Adresabilitatea psihiatrică a etilicilor se face aproape în exclusivitate în rețeaua psihiatrică teritorială, cu spitalizări în secția de psihiatrie.

Metodologie. Studiul se bazează pe analiza numărului de spitalizări pentru alcoolism și psihoze alcoolice, pe o perioadă de 12 ani. Aprecierea gravității alcoolismului din județ a fost urmărită cu ajutorul unor indici :

— raportarea spitalizărilor pentru alcoolism cronic și psihoze alcoolice la populație ;

— raportarea psihozelor alcoolice la numărul de internări pentru etilism cronic.

Datele medicale au fost corelate cu unele elemente ale cadrului eco-social, îndeosebi cu evoluția procesului de industrializare din intervalul de timp studiat. Au fost făcute referiri la distribuția fenomenului în cele două medii de habitat (mediul urban reprezintă în medie 55%).

Prezentarea datelor și discuții. Adresabilitatea spitalicească pentru alcoolism cronic și psihoze alcoolice în perioada analizată, prezintă o dinamică relativ paralelă. Dacă privim distribuția cazurilor în populația generală, raportată la ‰ loc., vom distinge trei perioade.

1. În perioada analizată se constată o dinamică lent progredientă a ambelor afecțiuni. Spitalizările pentru alcoolism cronic cresc de la 0,57‰ locuitori, la 1,12‰, iar adresabilitatea este de două ori mai ridicată pentru mediul urban. Psihozele alcoolice cresc de la 0,06‰ loc. la 0,10‰ loc., cu o distribuție relativ egală în cele două medii de habitat. În ansamblu, raportul de gravitate între cele două grupe de afecțiuni, este de $10 \pm 1\%$.

Pe plan economico-social, perioada menționată s-a caracterizat printr-un program intensiv de construcții industriale (și de locuințe), cu creșterea personalului muncitor și afluxul populației în „Centrul de influență" (4).

2. Adresabilitatea spitalicească pentru alcoolism atinge niveluri ridicate, de $1,30 \pm 0,15$‰ loc., cu tendința la egalizare a spitalizărilor pentru cele două medii de habitat. Psihozele alcoolice cresc de patru ori, păstrînd o distribuție relativ egală între sat și oraș. Raportul de gravitate dintre psihozele alcoolice și alcoolism crește la 30%. Aceste date indică o creștere netă a alcoolismului grav în județ, cu un număr mare de cazuri de consum intensiv și incidență mărită a complicațiilor psihotice.

3. În ultimii 2 ani ai intervalului analizat, se constată o diminuare a adresabilității spitalicești, atît pentru alcoolism cît și pentru psihozele alcoolice. Alcoolismul cronic din județ se reduce ulterior la 0,65‰, îndeosebi pe seama mediului urban, unde scăderea de adresabilitate se face mai resimțită (0,58‰). Psihozele alcoolice diminuă la 0,15‰ loc., scăderea fiind mai resimțită în mediul urban (0,58‰). Raportul dintre psihoze alcoolice și alcoolism, de 23%, sugerează tendința la diminuarea alcoolismului în ultimii 2 ani.

Scăderea adresabilității alcoolismului și tendința la diminuare a gravității sale apar corelate cu o stabilizare a populației în cele două medii de habitat.

Concluzii. Deși studiul nostru se bazează pe analiza unor date provenite de la instituții psihiatrice, iar cercetările de epidemiologie activă, arată o discrepanță între datele instituționale medicale și cele reale (3), se pot desprinde unele concluzii.

— Morbiditatea declarată prin alcoolism, are un determinism multifactorial, în care factorii economico-sociali și culturali joacă un rol primordial.

— Se poate stabili o relație între maniera de consum a băuturilor alcoolice (consum extensiv sau intensiv), între gravitatea incidenței complicațiilor psihotice ale alcoolismului cronic și evoluția economico-socială. Perioadele de industrializare intensivă par corelate cu extinderea consumului și creșterea gravității, iar stabilizarea populației induce o aspirație pentru o viață mai echilibrată. Dinamismul gravității alcoolismului apare mai sensibil corelat cu mediul urban.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. George P.: *Sociologia franceză contemporană*, Edit. Politică, București, 1971.
2. Ionescu C.: *Psihiatrie*, (sub red.) V. Predescu, Edit. Medicală, București, 1977.
3. Lemkau P.V., Crocetti G.M.: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Edts. Freedman, A.M., Kaplan H.I., The Williams & Wilkins Co., 1967.
4. Oancea D., Swisewski C.: *Județul Galați*, Edit. Acad. R.S.R., București, 1979.
5. Predescu V. și col.: Igiena, București, 1974, t. 21, nr. 3, pp. 169—168.

6. Predescu V., Nica-Udangiu Șt., Nica-Udangiu Lidia : *Urgențe în psihiatrie*, Edit. Medicală, București, 1983.
7 Selzer M.L. : in vol. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Third ed. Edts. Kaplan, H.I., Freedman A.M., Sadock B.J., vol. 2, pp. 1629—1634.

THE GRAVITY DINAMICS OF CHRONIC ALCOHOLISM

Summary

The gravity of the alcoholism was appreciated according to the hospitalizations for chronic alcoholism and alcoholic psychosis as well as according to the rate between the alcoholic psychosis incidence and the hospitalizations for chronic alcoholism. The correlation with the economic and social specific features allows the delimitation of three periods : slow increase in adressability until 1978 ; increased gravity index between 1980—1982 which corresponds to the finishing of the iron and steel estate building ; decreased addresability and gravity in the last two years, especialy in towns, simultaneously with the stabilization of the population. In conclusion, it is stated that there is a parallel evolution of the alcoholism gravity with industrial building process.

ASPECTE PSIHOLOGICE ALE STRESSULUI ÎN DIABETUL ZAHARAT

I. Mincu, Mariana Costea
Clinca de Nutriție și Boli Metabolice
Spitalul „Dr. I. Cantacuzino" București

INTRODUCERE. ECHILIBRUL INFLUENȚELOR POZITIVE ȘI NEgative ale factorilor de progres ai civilizației asupra unității biopsihosociale (Brânzei, 1981) a persoanei este condiționat de capacitățile de adaptare ale personalității la volumul și ritmurile crescute ale noilor solicitări. Revoluțiile sociale, științifice, tehnice, procesele de industrializare, urbanizare, de rafinare a consumului și distracțiilor, poluarea, mutațiile ecologice și demografice etc. conduc la apariția unui stress multiplu. Se vorbește nu numai de stressul biologic, psihologic sau social, ci și de stressul „planetar" legat de amenințarea războiului nuclear. „Sindromul general de adaptare" (SGA) descris de Selye (1946) în trei faze : reacția de alarmă (RA), stadiul de rezistență (SR) și stadiul de epuizare (SE), care stă la baza conceptului (încă în curs de definire) se impune în orice abordare modernă a „bolilor civilizației" printre care tinde să fie considerat și diabetul zaharat.

Depășind confuziile între stress și stressori (Howard, 1960) sau simplificările etiologice în studiul raporturilor între stressul emoțional și diabet (Danowski, 1963), Joslyn și Williams (1971) semnalează concomitența relativă a circumstanțelor traumatizante cu apariția simptomelor după 1 zi — 1 săptămînă, alteori discordanța între trauma afectivă și apariția diabetului (întîrziată, la 6 luni — 1 an). Aceste fapte indică importanța „terenului" individual, a predispoziției constituționale atît pentru diabet, cît și pentru riscul de stress. Totuși, în afară de un mic studiu comparativ pe 11 cazuri (Robinson, 1984) nu există studii sistematice în problema rolului stressului în general și a celui psiho-social în special în apariția și evoluția diabetului.

Într-o astfel de perspectivă trebuie să avem în vedere că stressul necesită o viziune nouă, o „nouă patologie" legate de unitatea fundamentală numită de Selye „reacton". Esențial pentru aceasta este că modificările legate de stress sînt nespecifice funcțiunii organului și interferează atît din exteriorul organismului, cît și din interiorul acestuia și al funcțiunii reglatorii și defensive la nivelul unității funcționale interesate, manifestările specifice. Astfel, pragurile între nivelele imunitar, endocrin, emoțional (neuro-vegetativ) etc. tind să se relaxeze, iar tulburările să se intrice.

Metodica. Studiul este o parte dintr-o cercetare interdisciplinară clinico-psiho-sociologică mai amplă, în care se aplică un complex de metode și procedee de testare focalizate pe relația stress—diabet. Clinic, pe lîngă observația curentă s-a procedat la aplicarea unui interviu dirijat pentru determinarea tipului de stress și intensității acestuia în concordanță cu sistematica prezentată în DSM-III. Pentru surprinderea unor aspecte privind sursele de stress și dinamica reacțiilor adaptative s-au folosit Lüscher-Color Test (LCT), iar pentru evaluarea reacțiilor și toleranței la frustrație Rosenzweig-PF Study (R-PF).

Dintr-un grup de 100 subiecți între 12—65 ani cu diabet zaharat tip I și II nou descoperit internați în Clinica de Nutriție s-a selecționat un lot de 54 subiecți (22 bărbați și 32 femei) care au prezentat o incidență semnificativă a factorilor de stress psihic. Prin ipoteză, subiecții cu o problematică existențială stressantă psihic prezintă fragilizări semnificative ale personalității la nivelul reactivității afective profunde, bazale și la cel al mecanismelor defensive și adaptative la condiții frustrante, care intervin prin definiție în situațiile stressante.

Rezultate și discuții. Interviul clinic structurat a condus la un screning dihotomic pe de o parte (cu stress = 54, fără stress = 46), iar în lotul experimental (cu stress fenomenologic de 54 subiecți, care au efectuat și testele psihologice) la determinarea unei distribuții a subiecților în funcție de tipul de diabet și de tipul de stress (tabelul 1), pe de altă parte.

TABELUL 1

DISTRIBUȚIA SUBIECȚILOR ÎN FUNCȚIE DE TIPUL DE DIABET ZAHARAT ȘI DE TIPUL DE STRESS

Tip de diabet	Tipuri de stress									Total general
	Moderat			Sever			Extrem			
	activ	pasiv	T	activ	pasiv	T	activ	pasiv	T	
I	1	3	4	6	4	10	2	6	8	22
II	1	6	7	3	6	9	8	7	15	32
Total	2	9	11	9	10	19	10	13	23	54

Din tabel reiese incidența mai mare a stressului psihic la diabeticii de tip II (59,53%) și a stressului extrem (44,45%) în raport cu stressul Sever (35,18%) și cu cel moderat (20,37%) la nivelul întregului grup. Stressul pasiv, trenant apare ușor mai frecvent la toate cele trei intensități considerate (mai important la stressul moderat). Numai la nivelul stressului extrem apare un decalaj de aproape 50% în favoarea tipului I de diabet (8 : 15 subiecți). Stressul activ, acut afectează mai mult tipul II de diabet zaharat (34,82%) la nivel extrem, în timp ce tipul I este afectat de acesta la nivelul „sever" (stress activ-sever I = 60%).

La testul Lüscher, la funcția „surse de stress" apare mai frecvent combinația —4—7 (galben negru) : obstinație în urmărirea scopurilor, rigiditate și hiperexactitate, hiperexigență în opțiuni cu caracter de compromis și în alegerea partenerului. Funcția „aspirații" cu rol compensator-defensiv (+) este dominată de combinația +6+0 tinde spre eliberarea de conflicte prin forțe proprii ; trebuința de a fi valorizat și de a face o bună impresie. Sensibilizare a resurselor de imaginație, fascinație și seducție. Funcția (x) — situația prezentă — se axează pe combinația x5x6, cu semnificația „hiperperseverent, inițiativă în surmontarea dificultăților ; dorește o poziție de superioritate-autoritate care să-i confere posibilități de control asupra sentimentelor". Funcția (=) — situația de fond, constituțională — neîncredere în sine, tendințe impulsive, tensionat, iritabil, în incertitudine, sensibilitate (eventual tendințe senzitive), expansivitate (=0=3).

La testul de frustrație Rosenzweig, la nivelul întregului lot se remarcă frecvența crescută (58,66%) a reacției extrapunitive de apărare a eului (E), urmată de cea intrapunitivă de persistență a trebuinței (i). Prezentă în 23 cazuri la scoruri semnificative (42,60%). Diferențele între tipul I și II, bărbați și femei nu apar ca fiind semnificative, dar distribuția de ansamblu a tipurilor și direcțiilor reacțiilor la frustrație semnificative pentru evaluarea toleranței generale la frustrație a diabeticului indică un GCR (indice de toleranță la frustrație sau indice de conformitate cu grupul (de control) inferior mediei (GCR lot = 34,55%).

Corelînd toleranța la frustrație scăzută. (cu reactivitatea internă extremizată extrapunitiv-intrapunitiv) cu distribuția subiecților în funcție de severitatea stressului psihic apreciat pe baza unor indici obiectivi biografici remarcăm concordanța acestora la nivelul stressului extrem, catastrofic, mai frecvent la diabeticii de gr. II (în general situații între 40—62 ani). Rezonanța afectivă bazală, cu implicații genetic-constituționale (Lüscher) indică prezența „complexelor", a sistemelor de trăsături structural dinamice de aspect nevrotiform, din seria histero-epileptoidă (senzitivitate, expansivitate exhibitivă, impulsivitate-iritabilitate, tensivitate). În planul aspirațiilor compensatorii și al tentativelor reale de defensă în fața pericolului apar trăsături anancastice, cu virtualități psihastenice de tipul hiperperseverenței, hiperexigenței, rigidității, hiperexactității, dificultatea de a adopta formule de compromis. La majoritatea subiecților stressul pasiv, trenant însoțește tabloul tulburărilor specifice diabetului și tinde să se constituie ca atare și în cazul celor care au depășit un stress acut cu semnificații catastrofice.

Concluzii. Prezența problematicii stressului psihic apare în cel puțin 50—55% din cazurile de diabet, indiferent de stadiul la care se manifestă simptomele acestuia ; frecvența relativ mai crescută a diabetului combinat cu stressul psihic la femei și a tendinței de diferențiere a influenței la nivelul său extrem în favoarea tipului I de diabet nu sînt semnificative.

Stressul psihic trenant, în schimb, poate deveni cu mai multă probabilitate sever sau catastrofic-extrem, mai frecvent pentru diabetul de tip II apărut după 40 ani.

Probele psihologice semnalează particularități ale structurii și reactivității personalității bazale și a sistemelor defensive și adaptative de urgență (reactivitate dispozițională, toleranță la frustrație) care se înscriu în sfera trăsăturilor nevrotiforme de aspect paroxismal (histero-epileptoid) și anancastic (psihastenic, obsesivo-fobic).

Toleranța la frustrație și indicii de imaturitate afectivă și atitudinală măresc riscul de constituire a situației de stress psihic, care în combinație cu trăsături psihasteniforme poate evolua către stări nevrotice interferînd stabilizarea terapeutică a homeostaziei funcționale a diabeticului.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Brînzei P., Sîrbu A. : *Psihiatrie*, E. D. P., București, 1981.
2. Danowski M., cit. în : Joslin, E. P., Diabetes Mellitus, vol. 12, London, 1963, p. 183.
3. Howard L. : The definition of stress, Brit. Journ, of Med. Psycol., *33*, 1960, p. 185—194.
4. Joslin E. P. : (Ed.), Diabetes Mellitus, 11 ed. London, 1971.

5. Kavitz A., Joslin E. P.: The emotional factors in diabetes mellitus. I: Joslyn, E. P., (ed.), Diabetes Mellitus vol. 2, cap. XVI, p. 763—787.
6. Lüscher M.: The Lüscher Colour Test, Pan Books Ltd., London, 1971.
7. Pichot P., Danjon S.: Le test de frustration de Rosenzweig, Ed. du Centre de Psychol. Appl., Paris 1966.
8. Robinson N., Fuller J.: Severe life evenements and their relationships to the aetiology of tipe 1 diabetes, Diabetologia, vol. 27, nr. 2, aug. 1984, cap. 449, p. 2931.
9. Selye H.: The Stress for Life, McGraw Hill, New York, Toronto, London, 1956, p. 360.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF STRESS IN DIABETIS MELLITUS

Summary

A group of 54 subjects (22 males and 32 females, 12—65 years aged) with diabete mellitus tipe I and II has been selected from 100 new detected by an special clinical interview focusing the DSM-III criteria of psychosocial stress level. A projective investigation (Lüscher Colour Test and Rosenzweig Picture-Frustration Study) reveals some constitutional and reactive personality characteristics of diabetics: emotional immaturity and lability, sensitivity, anacastic (psychastenoid) and paroxismal (hystero-epileptoid) tendencies in dynamic correlation with the type of diabetis and stress and with the intensity of stress. A hypothese regarding the risc for neurotic and psychopatic decompensation is formulated, without a complete therapeutic strategy.

DATE CORELATIVE PRIVIND TULBURĂRILE DE PERSONALITATE ȘI DEVIANȚA COMPORTAMENTALĂ

I. Turcu, G. Zichil, V. Chiriță

Spitalul județean Bacău
Institutul de Medicină și Farmacie Iași

STUDIEREA TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE LA TINERII cu comportament deviant permite surprinderea dinamicii structurării și cronicizării acestora în personalități dizarmonice psihopatice și constituie obiect al psihiatriei marginale (3). Există numeroase studii care evidențiază legătura strînsă dintre psihopatie și actele delictuale (1, 3, 6), însă mai puține cele care să stabilească corelații numai între unele paliere ale personalității structurate defectiv și fenomenul delicvențional, ori tocmai un astfel de demers ar surprinde dinamica dezvoltării și structurării personalității dizarmonice. În timp ce studiul sociologic precizează cauzele devianțelor comportamentale ca fiind cele de mediu și educație, cercetarea medico-psihologică pătrunde în profunzimea personalității deviantului, luînd în calcul atît suportul biogen, encefalodistrofic, cît și dinamica trăirilor psihologice (1, 5).

Avînd în vedere aceste considerente teoretice și metodologice am întreprins o cercetare pe un eșantion neselecționat de 100 minori și tineri cu discomportament imputabil. Pentru a avea posibilitatea comparării și verificării rezultatelor s-a procedat la aplicarea acelorași metode și pe un lot martor, format tot din 100 minori și tineri care nu au comis acte antisociale pînă la data efectuării studiului. În investigarea loturilor au fost folosite următarele metode : convorbirea, chestionarul, testele de personalitate (Eysenck, Cattel, Rosenzweig), teste de inteligență, examenul psihiatric.

Datele chestionarului și biografiei sociale evidențiază faptul că, între subiecții celor două loturi, se manifestă deosebiri sensibile în privința socializării individului de către factorii educaționali și culturali ai familiei și anturajului sub aspectul condițiilor oferite, a climatului afectiv și educativ și valorilor socio-morale promovate.

Demersul medico-psihologic a căutat să surprindă diferențele psihofiziologice și de personalitate, ponderea și legătura între acestea și comportamentul deviant. Investigarea nivelului mintal a relevat faptul că în dezvoltarea intelectului nu există diferențe puternic semnificative între cele două loturi. Totuși, în cazul subiecților cu devianță comportamentală, ca urmare a condițiilor necorespunzătoare de instrucție și

educație, se constată o insuficientă elaborare a calităților gîndirii raționale (comparația, generalizarea, analiza, sinteza, abstractizarea etc.), o scăzută maturizare a spiritului critic și autocritic, a capacității de evaluare obiectivă a realității ; de asemenea, există o categorie relativ mare de intelecte de limită și debilitate mintală (15%).

Există astăzi o tendință, aceea de a căuta corespondenții psihofiziologici pentru diferitele dimensiuni ale personalității. Astfel, J.H. Eysenck este de părere că substanța reticulată dirijează mecanismele biologice fundamentale ale diferențelor individuale. Nivelul cortical de activare („arousal") are un substrat fiziologic, anatomic și neurologic ce este mediat de substanța reticulată ascendentă. Nivelul mediu ridicat ar corespunde introvertiților și cel coborît extravertiților (2, 4). Eysenck consideră drept cauză fundamentală, profundă, a discomportamentului delictual, insuficienta elaborare a unor reflexe condiționate. Astfel, introvertiții construiesc mult mai rapid și durabil reflexe condiționate decît extravertiții.

Plecînd de la acesté considerente, noi am aplicat chestionarul de intro-extraversie al lui Eysenck pe cele două loturi. Analizînd distribuția celor două caracteristici, intro și extraversia, am constatat că în primul lot introversiunea acoperă 51% din cazuri, ambiversia 43% iar numai 6% din cazuri este acoperită de extraversie. Luînd în considerație poziția adoptată de Eysenck, expusă mai sus, putem spune că deși a existat un potențial real de o bună adaptare (introvertiții construiesc rapid și durabil reflexe condiționate), lipsind încă din copilărie un efort susținut de însușire a unor modele comportamentale etico-morale, educația nu și-a îndeplinit menirea.

Analizînd distribuția celorlalte dimensiuni cuprinse în chestionarul lui Eysenck, stabilitatea și instabilitatea, ca factori ai nevrozismului, am constatat că 65% din cazuri sînt instabili în introversie și ambiversie, pe cînd în lotul martor stabilitatea se găsește în 87% din cazuri în extraversie și ambiversie.

Chestionarul de anxietate Cattel a permis surprinderea unor trăsături de personalitate structurate defectiv și care exprimă atitudinea comportamentală deviantă față de mediu. Sub aspectul „conștiinței de sine" (Q3) se constată o fluctuantă motivaație psihocomportamentală față de sine și față de alții, astfel evaluarea intențiilor și faptelor personale se face prin prisma propriilor interese, trebuințe și valori, fără legătură cu exigențele sociale, cu criteriile obiective ale realității. Așa se explică faptul că motivația conștientă a comportamentului delictual apare, într-o proporție de 44%, după săvîrșirea faptei iar, conștientizarea gravității și consecințelor acesteia se manifestă la majoritatea (70%) după administrarea sancțiunii din partea societății. Referitor la „forța eului" (C), comparativ cu lotul martor se relevă o capacitate redusă de a controla și exprima adecvat tensiunile interioare, pulsiunile psihofiziologice, în raport cu realitatea, de a dirija optim forțele psihice în consens cu dezvoltarea armonioasă a personalității. Tensiunea anxioasă puternică, manifestată în 75% din cazuri, determină stări de nemulțumire față de viața personală, tendințe de agresiune, precum și dorința acută de a-și schimba modul de trai existent. De aici opoziția și revendicarea psihocomportamentală față de orice oprelişti și bariere morale, ca de altfel față de normele sociale în general.

Sub aspectul „insecurității personale și sociale" (L) se constată lipsa încrederii în oameni (60%), chiar dacă îi percep ca avînd bune intenții și ca fiind sinceri cu ei.

În privința „tendinței de culpabilitate" (O) în raport cu lotul martor, se evidențiază sentimente de autoacuzare și învinovățire conștientă în relațiile cu ceilalți, iar față de situațiile dificile adoptă conduite neadecvate.

Referitor la „tensiunea ergică" (Q4), se constată o creștere a presiunii pulsiunilor și trebuințelor nesatisfăcute tradusă prin emotivitate, instabilitate, fobie, nervozitate, susceptibilitate verbală și relațională.

Examinarea psihiatrică s-a obiectivat prin următoarele diagnostice : personalitate dizarmonică de tip psihopatic — 6 cazuri ; tulburări de comportament — 23 cazuri ; debilitate mintală — 3 cazuri ; intelect liminar — 12 cazuri. Analizînd demersul psihiatric facem observația că în 44% din cazuri a fost necesar sprijin medical și că dacă în cazul diagnosticelor de „debilitate mintală", „intelect liminar", „personalitate dizarmonică" avem de a face cu entități clinice, în cazul „tulburărilor de comportament" acesta este un diagnostic de așteptare, dat fiind faptul că vîrsta tînără nu ne permite să știm cu precizie cît datorăm factorilor interni de personalitate și cît celor sociali-educaționali în declanșarea conduitei deviante.

Studiul nostru subliniază necesitatea concentrării analizei sociologice, psihologice, cît și celei medicale — îndeosebi psihiatrice — în cercetarea personalității tînărului cu discomportament imputabil, pentru a aplica în mod diferențiat o profilaxie complexă și eficientă.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Brânzei P., Scripcaru Gh., Pirozynski T. : *Comportamentul aberant în relațiile cu mediul*, Edit. Junimea, Iași, 1970.
2. Ciofu I., Golu M., Voicu C. : *Tratat de psihofiziologie*, vol. I, Edit. Acad. R.S.R., București, 1978.
3. Dragomirescu V. : *Psihosociologia comportamentului deviant*, Edit. Șt. și Enciclop., București, 1976.
4. Munoz E. A. : Rev. Neurol., Psihiat., Neurochir., București, 1982, nr. 1, p. 74.
5. Mărgineanu N. : *Condiția Umană*, Edit. Științifică, București, 1973.
6. Predescu V. (sub red.) : *Psihiatrie*, Edit. Medicală, București, 1976.

CORRELATING DATA REGARDING PERSONALITY DISORDERS AND BEHAVIOURAL DISTURBANCE

Summary

The authors underline the necessity of correlating the sociological, psychological and psychiatrical studies for the investigation of the personality of the young people with imputable behaviour in the aim of settling up of differentiated prophilactic steps, to be efficient and complex at the same extent.

UNELE ASPECTE ALE ABUZULUI DE ALCOOL LA COPII ȘI TINERI

Gh. Grecu, A. Niriștean, Marieta Grecu
Clinica de psihiatrie Tîrgu Mureș

ALCOOLISMUL ESTE O PROBLEMĂ MEDICO-SOCIALĂ DE IMPORTANȚĂ deosebită, importanță relevată cu multă pregnanță de numeroasele publicații și tratate dedicate cunoașterii și luptei împotriva acestei „pandemii universale“ (1, 15). Din studiile efectuate asupra structurii entităților nozologice, internate în prima jumătate a secolului nostru, se constată că locul pe care îl ocupau atunci cazurile de paralizie generală progresivă este ocupat azi de bolnavii alcoolici, cu sau fără complicații psihotice sau somatice, dar cu perturbarea relațiilor socio-existențiale.

Incidența implicată a consumului exagerat de băuturi alcoolice, recunoscută pe plan mondial a făcut din „alcoolismul cronic“ o temă de prim ordin pentru studii interdisciplinare, în vederea reducerii numeroaselor perturbări induse de acest „flagel universal“. Deși nu cu multe decenii în urmă alcoolismul era considerat „un prerogativ al bărbaților“, odată cu scăderea toleranței sociale, față de consumul exagerat de băuturi alcoolice și de manifestările lui secundare, el a început să se extindă treptat în rîndul femeilor, adolescenților și chiar a copiilor.

Iată de ce putem afirmă că în prezent abuzul de alcool este problema ambelor sexe și a tuturor vîrstelor, deci, și o problemă a tineretului și a copiilor (2, 7, 12, 14, 15). După datele lui Stober (1978), din totalul alcoolicilor din R.F.G., copiii și tinerii reprezintă 8—10%.

Creșterea incidenței alcoolismului în rîndurile tineretului și al copiilor este favorizată, atît de publicitate, exemple sociale zilnice și obiceiuri familiale, cît și de o toleranță socio-familială redusă.

După definiția dată de O.M.S. (1951) „alcolicii sînt băutori excesivi, a căror dependență față de alcool a atins un asemenea grad încît acesta antrenează, sau este pe cale de a antrena tulburări psihice și somatice, precum și alterarea relațiilor sociale“, iar după I.C.D. (1977) „dependența de alcool este o stare psihică sau fizică instalată prin consum de alcool, caracterizată printr-o nevoie permanentă sau periodică de a consuma alcool în scopul retrăirii efectelor sale sau evitării fenomenelor de abstinență“. În 1960, Jellinek susține că „alcoolismul este constituit din orice consum de băuturi alcoolice care provoacă un prejudiciu individului sau societății“, iar deyendența fizică și psihică odată cu pierderea autocontrolului duce la instalarea impulsiei nestăpînite spre abuzul de băuturi alcoolice repetat și în cantintăți mari.

Material și metodă. Au fost observați un număr de 78 tineri și copii care între anii 1965 și 1984 au fost internați sau tratați ambulator în clinica noastră,

pentru variate implicații și complicații secundare consumului de băuturi alcoolice. În studiul acestor cazuri am abordat mai multe aspecte și parametri : repartizarea pe grupe de vîrstă de 5 ani, sexul, proveniența urbană și rurală, starea civilă, preocupările școlare sau profesionale, structura și relațiile familiei din care provine, anturajul în care consumă și motivarea consumului de alcool, băuturile preferate, implicațiile consumului de băuturi alcoolice și altele. Pentru realizarea celor propuse, pe lîngă studiul foilor de observații existente la nivelul arhivei clinicii noastre, am apelat la cunoașterea și antrenarea familiei, școlii sau a colegilor de muncă în procesul terapeutic și de prevenție a recidivelor.

Rezultate și discuții. Din analiza clinico-statistică a cazuisticii noastre rezultă o netă predominanță a sexului bărbătesc față de femei, raportul fiind de peste 10 la 1 (adică 91% bărbați și 9% femei).

Toți cei 78 subiecți încadrați în studiu s-au aflat în a doua decadă de vîrstă, dar în timp ce între 10 și 15 ani avem doar 24,4%, între 16—20 ani procentajul este de 75,6%. Proveniența de 25,6% din mediul rural și respectiv 74,4% din mediul urban, reflectă că în rural se păstrează încă o toleranță mai ridicată față de consumul de băuturi alcoolice în special la tineri și femei.

În raport cu starea civilă, așa cum e de așteptat, la vîrsta de 10—20 ani 85,9% sînt necăsătoriți ; 11,5% căsătoriți și 2,6% divorțați. Repartizarea pe profesii sau preocupări temporare este de 44,5% pentru muncitori ; 23% elevi ; 16,7% fără ocupație și 15,4% cooperatori agricoli.

Referindu-ne la cauzele mai mult sau mai puțin determinante sau favorizante ale consumului exagerat de alcool, în literatura de specialitate există o mulțime de teorii, dar nici una din ele nu acoperă toate aspectele acestui fenomen. Astfel, în timp ce o parte din autori sînt de părere că la baza dependenței față de alcool ar sta un substrat chimic, alții incriminează în această dependență factori genetici, metabolici și chiar de alimentație. Dar, cu toate că pînă în prezent nu s-a izolat nici o substanță capabilă să producă experimental dependența față de alcool, unele studii (4, 8, 9) efectuate asupra legăturii dintre copiii hiperactivi și abuzul de alcool vin să aducă argumente evidente în favoarea existenței legăturii genetice în transmiterea alcoolismului. Din aceste studii rezultă așa cum am observat și noi, că în familiile în care există copii hiperkinetici incidența alcoolismului este dublă față de grupul de familii martor, adică fără de copii hiperkinetici.

Din observațiile efectuate asupra familiilor din care au provenit subiecții noștri, rezultă că în timp ce 31% din ei au fost și sînt instabili, hiperactivi și explozivi la 25% din părinții lor am întîlnit unele trăsături dizarmonic-istrionice cu dificultăți de adaptare și autostăpînire. Pe lîngă cele de mai sus, prezența de 34% a alcoolismului la unul, și mai rar (17%) la ambii părinți, a constituit atît un exemplu negativ cît și o stimulare și inițiere a copiilor în consumarea de alcool.

În alte studii (7, 8) se semnalează faptul că în copilăria și tinerețea lor, majoritatea alcoolicilor au fost neastîmpărați, hiperactivi și agresivi și că peste 15% din copiii hiperactivi consumă în mod excesiv băuturi alcoolice încă de la 12—16 ani, fenomen pe care l-am întîlnit la 17% din cazurile noastre și mai ales la cei proveniți dintr-un mediu familial în care repartizarea rolurilor și sistemul educațional era inconsecvent și neunitar. Alți autori (4, 6, 7, 11, 12) consideră consumul exagerat de băuturi alcoolice ca o trăsătură specifică a personalității greșit structurată în procesul dezvoltării sociale.

Variatele fenomene relaționale, care intervin în fasonarea greșită a structurii personalității considerate ca factori de risc în polimorfoza alcoolismului, își fac simțită prezența încă din mica copilărie. Dintre aceste fenomene, un rol important l-au jucat : carențele afective, dezorganizarea mediului familial însoțită de trăirea unor sentimente de tensiune.

Aceste fenomene de psihologie familială deficitară, alături de abuzul de băuturi alcoolice, au contribuit în continuare la fragilizarea structurii personalității alcoolopaților, iar odată cu accentuarea vulnerabilității psihice riscul dependenței a devenit și mai mare. Iată de ce familia rămîne resortul principal în dezvoltarea pro sau contra conduitelor față de alcool sau alte toxice. În familiile în care părinții sînt consumatori de alcool sau alte droguri, copiii sînt expuși, în mod special, riscului de a deveni „alcoolici", „toxicomani" sau „politoxicomani".

Aproximativ pentru 50% din cazurile noastre, consumul de alcool a constituit doar un mijloc de : înlăturare a complexelor de inferioritate, a fricii, a tensiunii și disconfortului intern ; de a-și învinge timiditatea, și de a deveni curajos, sau nepăsător la ce se întîmplă cu el, de a se afirma și de a nu fi mai prejos decît ceilalți din anturaj ; de a face pe „grozavul" sau pur și simplu de „curiozitate și imitație".

Întrucît consumul de alcool constituie un model învățat de comportare socială, bazat pe o serie de impulsuri psiho-sociale, actualmente unii autori (15) consideră alcoolismul ca fiind o tulburare complexă de comportament, la care alții adaugă și factorii biologici („model psihobiologic").

Referindu-ne la „modelele de mai sus", putem spune că într-un mediu social tolerant în privința băuturilor alcoolice, în care subiectul prezintă și o oarecare vulnerabilitate psihică, „învățarea se realizează cu mare ușurință", ceea ce accentuează riscul de a deveni alcoolodependent ; în timp ce într-un mediu socio-cultural intolerant, „învățarea" și riscul de a deveni alcoolic este mult mai mic, deoarece, pentru a deveni alcoolici ei trebuie să încalce o serie de norme socio-culturale.

De obicei, motivarea consumului de alcool diferă de la un subiect la altul. Astfel, în timp ce unii apelează la el considerîndu-l un „liant social", „agent eupeptic", euforizant, aliment etc. ; la alcoolopați el joacă un rol psihotrop : euforic, anxiolitic, calmant hipnotic etc., motivații pe care le-au adus peste 20% din tinerii studiați. Exemplele din familie, școală, loc de muncă și anturajul copilului și tînărului joacă un rol foarte important în fasonarea personalității lui, și aceasta cu atît mai mult cu cît la baza învățării regulilor de adaptare comportamentală la mediu, stă „imitația". Peste 70% din copiii și tinerii studiați, afirmau că au început să bea cîte puțin încă de mici copii, fiind uneori chiar stimulați de părinți, în anturajul prietenilor, sau uneori singuri, impulsionați de curiozitatea de a ști ce se întîmplă și „ce înseamnă a fi beat" așa cum deseori își vedeau părinții, rudele sau alte persoane. Alții motivau consumul prin „plictiseala și singurătatea" în care se aflau, datorită părinților care nu le permiteau să lipsească de acasă, iar unii legau consumul de alcool de apropierea și dorința de a se apropia de statutul adulților.

În realitate, aceștia din urmă doreau acest statut și mai ales se considerau independenți, avînd o atitudine critică față de părinți și societate și în același timp cu rezultate școlare slabe, erau cei mai dependenți de familie și prietenii de anturaj. De fapt, ideea că „bărbăția", maturitatea și independența individului se manifestă prin consumul de alcool, fumat și altele, este destul de greșită și ar trebui neutralizată pe cît posibil.

Studii referitoare la aprecierea instalării stadiale a abuzului și dependenței față de alcool, au apărut frecvent în literatură, dar noi ne vom opri asupra celei propuse de Jellinek, care pornind de la simptomele ivite în urma abuzului de alcool și de desfășurarea ulterioară a alcoolismului ca boală, a delimitat următoarele patru stadii :

1. În primul stadiu denumit „Alcoolismul Alfa", cu toate că consumă ocazional mari cantități de alcool, el nu-și pierde controlul asupra acestui consum.

2. Al doilea stadiu denumit : „Alcoolism Beta", se caracterizează prin apariția simptomelor corporale după abuzul de băuturi alcoolice.

3. Cel de-al treilea stadiu „Alcoolismul Gama", se remarcă deja prin pierderea controlului, și instalarea dependenței față de alcool.

4. „Alcoolismul Delta", este al patrulea stadiu în care alcoolicul se află aproape permanent sub influența alcoolului, adică într-o stare de ebrietate.

Încercind să transpunem această schemă stadială la dezvoltarea dependenței tinerilor față de alcool, considerăm că în stadiul („Alfa" denumit și „Prealcoolic"), tinerii și copiii consumă băuturi alcoolice într-un mediu social deconectant, cu o toleranță diminuată și în care se simt deconectați, trăind un sentiment plăcut de distanțare de obligațiile lor cotidiene mai mult sau mai puțin plăcute („băutori sociali"). De obicei acest mediu se află în afara familiei și mai rar chiar în cadrul unor familii în care există o toleranță redusă față de alcool, mai ales acolo unde și părinții sînt mari consumatori de alcool.

Din momentul în care consumul de băuturi alcoolice pornește de la dorința de a-și diminua sau înlătura o stare de teamă, tensiunea sau supărarea, subiectul se află în stadiul Beta.

În al treilea stadiu, odată cu consumul camuflat sau pe ascuns, repetat și în doze moderate al băuturilor alcoolice, cînd deja se instalează și dependențe, copiii și tinerii își neglijează în mare măsură obligațiile școlare, familiale și profesionale.

Odată cu instalarea dependenței fizice și psihice și cu pierderea treptată a controlului asupra băuturilor alcoolice, consumul exagerat și necontrolat acompaniat de perioade de ebrietate și dezinteres față de preocupările și obligațiile cotidiene, alcoolicul se află deja în ultimul stadiu, în care complicațiile psihotice sînt frecvente, ducînd treptat la alterarea stării somatice și în consecință la scăderea toleranței față de alcool.

Boala sau dependența de alcool a copiilor și tinerilor se manifestă prin aceeași multitudine de simptome psihice și somatice, la care se asociază și dificultăți profesionale și familiale.

Simptomele somatice întîlnite le vom enumera în ordinea descrescîndă a incidenței lor : conjunctivite, tulburări neurocirculatorii, inapetență, grețuri și vomă matinală, somn agitat și neodihnitor, transpirații, constipație, diaree, hepato-megalie, tremurături, fibrilații musculare și ticuri.

Din grupa simptomelor psihice : tulburările de atenție, lentoare ideativă, disconfortul intern, complexele de inferioritate, perioade de hipomnezie și chiar de amnezie retrogradă după un consum masiv de alcool, tendințe și acte agresive, labilitate afectivă cu schimbări bruște de dispoziție și preocupări sau acte autolitice induse de sentimentul de vină, singurătate și teama de a nu fi părăsit. Pe lîngă cele amintite, dar intrinsec legate de consumul exagerat de alcool, au fost : relațiile tensional-conflictuale dintre ei și părinți, dificultățile școlare sau profesionale, pierderea locului de muncă, certurile cu partenerii sau chiar divorțul, precum și complicațiile psihotice de tipul predelirului și delirului tremens, întîlnit la 7,7% din cazuri și chiar sindromul Korsakov, cu o evoluție nefavorabilă întîlnită la unul din bolnavi în vîrstă de 11 ani.

În raport cu băuturile preferate, datele noastre relevă că 41% din subiecți preferau băuturile concentrate (țuică, coniac, votcă etc.) ; 23%

vinul și berea, în timp ce restul de 36% nu făceau nici o discriminare între băuturile alcoolice.

În privința stabilirii unui diagnostic de alcoolodependență la un tînăr și mai rar la un copil, cunoașterea cît mai precisă și cît mai detailată a datelor anamnestice (începute chiar în perioada prenatală și continuată pînă în momentul investigării) este foarte necesară și importantă.

Dezvoltarea în copilărie, atmosfera familială, succesele sau eșecurile școlare, posibilitățile adaptative, precum și existența unor disfuncții cerebrale minime, ne pot orienta atît spre instituirea celui mai adecvat tratament, cît și spre o apreciere mai justă a prognosticului de viitor adică dacă, sau nu, va intra în alcoolismul Delta.

De fapt, copiii și tinerii trebuie să cunoască din timp pericolele alcoolismului, și aceasta cu atît mai mult, cu cît la vîrsta lor el are efecte foarte nocive în comparație cu cei care devin alcoolici la o vîrstă adultă.

Acest lucru se cere a fi cunoscut cu atît mai mult cu cît în zilele noastre alcoolul coboară tot mai mult spre vîrstele tinere, devenind o nouă problemă a tinerilor, cu grave implicații și complicații bio-psiho-sociale prezente și viitoare.

În afara terapiei medicamentoase individualizată în funcție de starea somatică a tînărului sau copilului alcoolopat, psihoterapiei îi revine unul din cele mai importante roluri.

Obiectivul fundamental al oricărei forme psihoterapeutice trebuie țintit în direcția ajutării alcoolicului de a-și însuși un nou comportament și o nouă concepție despre „El“ și „Lume“, despre „privațiune și libertate“, despre „obligații și drepturi“. Pornind de la psihoterapia individuală sau de grup, terapia comportării sau terapia combinată, nu trebuie neglijat niciodată importanța și rolul terapiei de familie în procesul reabilitării alcoolicilor și în special al celor tineri.

Concluzii. În cursul ultimelor decenii, o tendință spre consumul de băuturi alcoolice concentrate și extinderea destul de evidentă a acestui consum în rîndul femeilor și tinerilor dă alcoolismului noi dimensiuni în implicațiile și complicațiile bio-psiho-sociale.

Complicațiile și degradarea psiho-somatică mai precoce, precum și recidivele mai frecvente întîlnite la copii și tineri alcoolopați sînt intrinsec legate atît de terenul fragil cît și de labilitatea structurii psihoafective caracteristice acestor etape de vîrstă.

În perioada 1965—1984 în clinica noastră au fost internați pentru abuz de băuturi alcoolice un număr de 78 copii și tineri, aflați în a doua decadă de vîrstă, majoritatea au fost aduși de părinți sau rude apropiate, înainte ca ei să prezinte episoade psihotice.

Motivările, mai mult sau mai puțin infantile ale comportamentului alcoolofilic, precum și prezența ridicată a factorilor de risc, impun atît măsuri organizatorice cît și o extindere a educației antialcoolice, profilactice încă din familie și școala elementară. Deci, educația antialcoolică trebuie orientată în primul rînd spre populația tînără, iar realizarea

acestui deziderat depinde de colaborarea armonioasă a tuturor instituțiilor și membrilor societății, pentru că aspectul medical constituie numai o parte din complexa problematică a alcoolismului în general.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Bron B. : Dtsch. Ärztebl. 74, 29 : 1859—1864, 1977.
2. Beardslee R. W. & Vaillant E. G. : J. Stud. Alcohol, 45 : 500—503, 1984.
3. Cadoret R., Troughton B. A. & Widmer, R. : Compr. Psychiat. 25 : 1—8, 1984.
4. Grecu Gh. & Eugenia Stanciu : Revista Medicală, 1 : 46—50, 1980.
5. Grecu Gh, Szucs K., Grecu Marieta, Binder P. și Kiss A. : Revista Medicală, 1 : 20—25, 1984.
6. Jellinek E. M. : Quart. J. Stud. Alcohol 13 : 673—684, 1952.
7. Jessor R. : Quart. J. Stud. Alcohol 36 : 27—51, 1975.
8. Morrison, J. R. : Am. J. Psychiatry 130 : 791—792, 1973.
9. Nathan P. : Alcoholism. In : Handbook of Behavoir Modification. Ed. Leitenberg, H., New York, 1975.
10. Ricardo de Obladia & Parsons A. O. : J. Stud. Alcohol, 45 : 386—392, 1984.
11. Ron A. Maria : Psychol. Med., 3 : 1—33, 1982.
12. Schuckit A. M. : Am. J. Psychiatry, 140 : 439—443, 1983.
13. Stabeanu R. J. : Am. J. Psychiatry, 141 : 1178—1182, 1984.
14. Tarter E. R., Andrea M. Hegedus, Goldstein G., Carolyn Shelly & Alterman I. A : Alcoholism, 8 : 216—222, 1984.
15. Vogler R. & Revenstorf D. : Alkoholmissbrauch. Lehmann, München, 1978.

SOME ASPECTS OF ALCOHOL ABUSE IN CHILD AND YOUNG PEOPLE

Summary

A study of more parameters (age, sex, favouring factors, motivation of consumption and preference, endeavour) was carried out, having as a starting point 78 inpacients of our Clinic (1965—1984), and aiming at a better knowledge of this unhappy phenomenon i.e. alcoholism in all its forms of manifestation.

One of the important reasons of alcohol consumption in child and young people seems to be the tendency of identifing with adult world, putting away disconfort, tension and shyness as well as curiosity etc.

Recognizing alcoholpathy in young people and the need for prophilactic measures in childhood are shown in the final section of the work.

CONSUMUL ŞI OFERTA DE ALCOOL LA TINERI

Felicia Man, Aurelia Coaşan, Ana Maier, Anamaria Rusz, Felicia Pop, P. Gellert

Institutul de Igienă şi Sănătate Publică Cluj-Napoca

SE SESIZEAZĂ PE PLAN MONDIAL CREŞTEREA CAZURILOR DE toxifilie la tineri, aceştia consumînd diverse droguri dintre care cel mai răspîndit rămîne totuşi alcoolul (5). În ultimii 25 de ani, s-a constatat o creştere a consumului de alcool, în special în ţările industriale (1, 2), mai ales în Europa (4), atît la subiecţii adulţi cît şi la copii (vîrste sub 15 ani). În Austria, R.F.G., Portugalia, anchetele au scos în evidenţă faptul că aproape 80% din copiii sub 15 ani au început să bea. La adulţi apar preferinţe diferite faţă de cele tradiţionale ţărilor respective. S-a constatat creşterea preferinţelor pentru bere şi spirtoase în unele ţări mari producătoare de vin, în altele, unde se prefera berea sau băuturile concentrate apare în ultimii ani consumul mai ridicat de vin (3). Concomitent s-a relevat creşterea cantităţii de alcool ingerat pe persoană într-un interval de timp definit (5).

Cauzele creşterii consumului sub toate aspectele (cantitate, concentraţie şi scăderea vîrstei de prim contact) se consideră a fi în primul rînd de ordin social, depinzînd de ofertă, de obiceiurile locale, de influenţele culturale şi altele (1). Conferinţa OMS din 1978 (5) a afirmat că unul din elementele primordiale ale sănătăţii publice este consumul de alcool. Lucrarea de faţă şi-a propus a urmări ingestia ocazională de alcool la tinerii încadraţi în învăţămîntul liceal şi caracterele ofertei, cu precădere contribuţia adulţilor (directă sau indirectă) în ocazionarea contactului cu alcoolul.

Material şi metodă. A fost chestionat un lot de elevi în vîrstă de 14—19 ani cu ajutorul unui chestionar care de-a lungul a 21 de întrebări a urmărit să evidenţieze dacă elevilor li se oferă băuturi alcoolice şi dacă ei consumă asemenea băuturi în ocaziile în care îşi vizitează colegii sau prietenii.

Prelucrarea datelor s-a făcut calculînd incidenţele copiilor care au declarat că au fost serviţi şi au băut sau nu diverse categorii de băuturi alcoolice (vin, bere, băuturi concentrate). Incidenţele s-au urmărit pe loturi întocmite în funcţie de sex, vîrstă, clasă sau categorie socială. S-au stabilit 3 categorii sociale : categoria I, copii ai căror părinţi au ca pregătire teoretică şcoală generală, categoria a II-a cei cu părinţi ce au urmat liceul sau o şcoală postliceală, şi categoria a III-a, copiii ai căror părinţi au pregătire superioară.

Rezultate. S-a constatat că majoritatea elevilor au fost serviți cu băuturi alcoolice și că un procent însemnat dintre ei au consumat în cantități mai mult sau mai puțin moderate. Redăm mai jos procentul elevilor serviți cu diferite băuturi alcoolice.

Vîrsta	Vin				Bere			
	Băieți		Fete		Băieți		Fete	
	Cat. I	II+III	I	II+III	I	II+III	I	II+III
15 ani	75,6	80,7	59,7	60,0	68,2	64,5	37,5	42,8
16 ani	74,1	87,8	46,7	51,7	66,6	65,9	41,7	29,3
17 ani	83,1	83,9	39,8	77,1	73,3	77,4	41,4	43,7
18 ani	89,1	88,5	45,8	73,1	65,0	65,4	52,8	40,0

Alcool concentrat				
	Băieți		Fete	
Vîrsta	Cat. I	II+III	I	II+III
15 ani	70,2	67,7	27,8	25,7
16 ani	73,3	58,5	32,2	41,4
17 ani	79,6	83,9	34,5	31,2
18 ani	75,8	84,6	30,6	60,0

Se constată o incidență ridicată a ofertei de băuturi alcoolice în general, mai ales pentru cele cu concentrație mare de alcool. Subiecții masculini care au declarat că au consumat vin se grupează în intervalul procentual de 63,3—80,5%, la categ. I, și 71—82,9% la categ. II+III, iar cei ce au consumat bere la fel. Consumul de spirtoase l-au declarat 24,0%—43,4% elevi din categ. socială I și 9,7—5,0% categ. II+III. Această incidență comparativ cu datele OMS privind țările producătoare de vin este inferioară deși se referă la tineri peste 15 ani. La fete incidența subiecților care au declarat consum de vin s-a situat între 13,8 și 27,8% pentru ambele categorii și 18,1—31% din lotul de fete categ. I au consumat spirtoase. Fetele de categ. II+III au înregistrat procente între 11 și 22,4%. Se constată o tendință de consum mai mare la băieți decît la fete, ultimele nereprezentînd diferențe marcabile între băuturile cu conținut diferit de alcool.

Chestionarul a cerut elevilor să declare și cantitatea totală ingerată din fiecare băutură, prin desemnarea numărului de pahare consumate considerînd că toate familiile au servit sorturile în pahare convenționale. S-au constatat diferențe în funcție de vîrstă, sex și categoria socială. Numărul băieților din categ. II+III care au consumat doar 1 pahar este mai mare decît a celor de categ. I, iar cei care au consumat în total mai mult de 2 pahare este semnificativ mai mic decît la categoria I. Se pare, deci, că gradul de instruire al familiei are o influență asupra atitudinii copiilor față de drog.

Lotul băieților care s-au limitat la ingerarea unui singur pahar este mai redus numeric (uneori egal) cu cel al fetelor de aceeași categorie. Incidența este crescută în cazul celor care au băut mai mult de 2 pahre așa cum rezultă mai jos (băieți minus fete).

Vîrsta	Vin		Bere		Alcool concentrat	
	Cat. I	II + III	I	II + III	I	II + III
15 ani	16,0	7,5	20,7	20,1	20,6	9,7
16 ani	7,7	36,0	24,9	25,1	17,3	8,2
17 ani	9,3	12,5	34,0	23,7	38,2	14,3
18 ani	0	35,6	10,0	34,6	38,2	50,0

În funcție de vîrstă se constată o creștere proporțională a numărului băieților care au declarat un consum mai mare de băuturi alcoolice concentrate Fenomenul este mai evident la categoriile II și III.

La cererea de a preciza dacă părinții au oferit băuturile alcoolice (a) fetele au răspuns afirmativ într-o proporție mai redusă ca băieții. S-a cerut și precizarea dacă părinții proprii au oferit vreodată propriilor copii asemenea băuturi (b). Răspunsurile afirmative la aceste 2 întrebări au avut incidența de mai jos (în procente la categoria I).

	a) Părinți în general				b) Părinți proprii			
Vîrsta	15	16	17	18	15	16	17	18
băieți	34,8	53,1	79,2	82,1	47,5	50,9	67,8	86,8
fete	3,1	19,5	48,8	90,7	5,0	33,3	37,8	73,3

Rezultă că tinerii încă de la vîrste foarte timpurii sînt serviți de adulți și chiar de proprii părinți cu băuturi alcoolice. Tendința spre alcool este prezentă mai ales la băieți, fetele prezentînd un autocontrol mai mare și probabil și un control mai atent din partea familiei, dar și aceasta spre vîrste timpurii. Desigur că intervin și alte motive, ca, dorința de a-și atribui de timpuriu statutul de adult, înțeles de o manieră mai puțin matură, influențele grupului, a unor exemple negative, a unui ideal insuficient conturat. Avînd în vedere cele de mai sus, considerăm că pe plan social este necesară o atenție mai mare pentru asigurarea și comercializarea unor băuturi nealcoolice și mai agreabile și la îndemîna oricui, care să atragă mai mult tineretul.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Feline A. : La Revue de Médicine, 1982, vol. 23, nr. 7, pp. 325—329.
2. Fontan A. : La Revue de Médicine, 1982, vol. 23, nr. 7, pp. 319—322.
3. Lencu M. : Muncitorul sanitar, 1985, nr. 15, p. 5.
4. Vulysteek K. : Rapports et Études OMS—EURO, 1979, nr. 10, pp. 9—11.
5. ★ ★ ★ Raports et Études OMS—EURO, 1980, nr. 8, pp. 3—16.

OFFERING AND ALCOHOL CONSUMPTION RELATIONSHIP IN YOUNG PEOPLE

Summary

The intake of strong drinks was evidenced in 24,0%—43,4% of the subjects belonging to the first category and in 9,7%—50% of the subjects of the 2nd and 3rd category. This incidence is more reduced as compared to the W.H.O. normatives regarding wine — producer countries even the subjects were under 15. In girls from all categories the percentage of the wine consumer was between 13,8%—27,8% ; 18,1%—31% of the girs from the 1st category declared strong drinks intake. The girls belonging to the 2nd and 3rd category presented a percentage between 11%—22,4%.

A higher rate of the alcohol consumption was observed in boys as compared to girls. The differences between the drinks having carious alcoholic concentration was noted in girls.

ASPECTE SOCIO-FAMILIALE ALE DISCOMPORTAMENTULUI JUVENIL

Maria Cernătescu-Popescu, Al. Olaru

Clinica de Psihiatrie Craiova și Laboratorul de Medicină Legală

FAȚĂ DE INTERESUL CRESCUT MANIFESTAT DE LUMEA CONtemporană problemelor de delincvență pe plan mondial și față de ultimele probleme ridicate de acestea, numeroși cercetători caută să stabilească factorii ce o determină. Acest fapt avînd nu numai un interes teoretic, ci și unul practic, deoarece determină în același timp și puterea de a măsura posibilitățile terapeutice.

Lucrarea noastră se referă la un lot de cazuri cu discomportament juvenil cuprinși între 14—21 ani, care au fost explorate prin activitatea noastră expertală. După încercări de definire și circumscriere a ariei de comportamente imputabile, importanța factorilor etiologici, desprinsă din acest studiu, a fost de prim ordin. Această afirmație a fost motivată de faptul că cei examinați nu au avut implicații psihopatologice, sau dacă acestea au existat, a fost necesară delimitarea strictă și nuanțată a cauzelor psihiatrice și al gradului de influențare directă în determinarea comportamentului imputabil.

Un alt aspect desprins din lucrarea noastră a fost acela al limitelor expertale, privind îndrumările de recuperare pe care acesta le recomandă.

Printr-o analiză plurifactorială asupra discomportamentului juvenil am recunoscut într-un procent semnificativ de cazuri absența unor modificări psihice stabile structurate ci numai deficite educative socio-familiale, fără să necesite tratament medical, deși din punct de vedere al nosologiei psihiatrice aceste cazuri erau cuprinse în atotcuprinzătorul diagnostic „tulburări de comportament", datorită încetățenirii nediscriminative a termenului.

Lucrarea de față a avut ca scop să definească cazurile nosologice care au acoperit acest diagnostic, dar să releve și factorii socio-familiali care au dus la comportamentele aberante cu manifestări ; aceasta pentru a accentua asupra necesității de colaborare multidisciplinară în cadrul rezolvării obiectivului final de recuperare, iar pe de altă parte datorită unei necesități de stabilire a rolului psihiatrului în planul terapeutic.

Analiza s-a efectuat asupra : vîrstei cazurilor examinate, mediului de proveniență, ocupației și școlarizării. Situația școlară caracterizîndu-se prin : terminarea școlii, în curs de școlarizare sau școlarizare în-

treruptă), analiza structurii familiei (familie organizată, formal organizată, familie disociată, cu situații intrafamiliale conflictuale sau de tensiune, familii dezorganizate prin deces, divorț sau alte motive), fără familie. Analiza s-a desfășurat și asupra situației ocupaționale a familiei și a gradului de școlarizare al părinților ; situații de infracționalitate în familie, recidive.

Concluziile asupra acestor indicatori ne-au permis aprecieri deosebite în ceea ce privește capacitatea de predicție sau prognoza recuperării. Astfel că s-au stabilit relații strînse între vîrstă și comiterea actelor discomportamentale, între nivelul pregătirii școlare, între stările conflictuale în familie și influența acestora asupra tinerilor. Limitîndu-se strict la aceste aspecte, am constatat că *vîrsta* în ansamblul stărilor discomportamentale a afectat cel mai mult perioadele cuprinse între 14—16 ani, frecvența scăzînd în mod vădit la vîrstele cuprinse între 17 și 21 ani. Din punct de vedere al mediului de proveniență, datele din literatura de specialitate subliniază rolul favorizant al acestuia în declanșarea reacțiilor discomportamentale. Noi am constatat o apropiere sensibil egală a raportului urban/rural, deși se afirmă rolul favorizant al mediului urban. *Situația familială* a confirmat rolul negativ al familiei dezorganizate înainte de împlinirea vîrstei de 14 ani. Un alt aspect care s-a desprins din analiza amănunțită asupra rolului ce trebuie să-l exercite familia, a fost acela al prezenței unor familii formal organizate, prezentîndu-se ca familii complete dar avînd permanente situații conflictuale interparentale sau între părintele firesc și cel care-l adoptase eventual pe minor.

În cercetarea noastră am subliniat, în afara cauzelor psihiatrice frecvent întîlnite în determinismul discomportamentului juvenil și pe cel al *factorilor socio-familiali* ce impun în recuperare măsuri din partea unei echipe multidisciplinare din care psihiatrul nu trebuie să lipsească.

Bibliografia la autori.

JUVENILE DELINQUENCY AND SOCIAL-FAMILY FACTORS

Summary

With the view of discovering the etiopathogenic factors of the juvenile delinquency in a group of 349 male juvenile delinquents studied within forensic examination from the psychiatric point of view during a three-year period, a social-family determinism has been pointed out, besides psychiatric causes. Research has been carried out according to the following parameters : age, profession, school-training, data on the delinquent's family, cases of delinquency in his family. The results of the research require measures of preventing and treatment with an interdisciplinary team, in which the psychiatrist must be necessarily included.

PSIHOPATOLOGIA REACȚIILOR ADAPTATIVE LA COPILUL FRUSTRAT AFECTIV

Ileana Hâțu

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

DATĂ FIIND RELAȚIA STRÎNSĂ DINTRE DEZVOLTAREA AFECtivă și dezvoltarea generală a personalității copilului, lipsa dragostei materne aduce perturbări ale normalității structurilor psihice și determină apariția unor dificultăți adaptative și a unor devieri de comportament, ca reacție de protest împotriva acestor lipsuri.

Studiind un lot de 424 de subiecți de vîrste între 6—15 ani, cercetarea și-a propus următoarele obiective : — 1. Obținerea unui profil temperamental al copilului instituționalizat, cu relevarea devierilor de la normal ; — 2. Urmărirea modului în care trăsăturile temperamentale contribuie la dezvoltarea personalității ; — 3. Relevarea datelor temperamentale cu care copilul intră în casa de copii și achizițiile sale pe etape, în perspectiva inserției sale în mediul social, atît de diferit de cadrul instituționalizat.

În acest scop, am folosit Chestionarul W.M., cu administrare individuală și adaptat pentru copii.

Pentru interpretarea rezultatelor, în urma studierii instrumentate a eșantionului și bazat pe observațiile personale, am operat o modificare în scorarea rezultatelor în sensul că am inclus în zona normalității și tendințele ușoare. Deoarece tendințele din zona de filtraj reprezintă un risc crescut în ceea ce privește dezvoltarea personalității și, implicit, reactivitatea de adaptare a copilului, le-am inclus în zona deviantă, alături de tendințele puternic accentuate și de cele patologice.

Intrarea copilului în clasa întîi presupune o modificare a regimului, a tensiunii și planului de evenimente, context în care adaptarea acestuia se precipită, antrenînd energia sa psihică. Acest efort psihic de adaptare este trăit de către copil ca o stare de „șoc" cu alură anxios-opozițională și se concretizează în acea, atît de caracteristică, dezadaptare socio-afectivă generată din incapacitatea de a satisface noile cerințe. Adaptarea socială devine, pentru copilul de 6 ani, problema de bază. Provenind în exclusivitate din case de copii preșcolari fetițele de această vîrstă sînt puternic marcate de emotivitate (42,8%) pe fondul unei instabilități psihice de același nivel, fără a atinge patologicul.

La 7 ani, adaptarea pare să depășească faza tensională, în sensul atenuării stării emoționale (30%) și, mult mai substanțial, a labilității psihice (14% față de 42,8%), concomitent cu o creștere ușoară a altor variabile : psihastenie (18%), depresie (8%), vindicabilitate 6%), impulsivitate (4%).

La 8 ani se constată că, deși adaptarea ar fi trebuit să depășească faza tensională, lucrurile se complică atît în sensul accentuării tensiunii, cît și în sensul dinamizării reacțiilor.

Pentru vîrstele de 8, 9 și 10 ani se constată o creștere în trepte pentru toate variabilele ; de remarcat o creștere substanțială a tensiunii emoționale, ajungînd la un procentaj de 74,3% la 10 ani, de asemenea, o accentuare a sentimentului de nesiguranță, a labilității psihice și o scădere a tonusului activității psihice și motorii. În același context, o expansiune a variabilelor : impulsivitate, tendințe antisociale, tendințe paranoide și tendințe schizoide. Sfera patologicului este, pentru unele dimensiuni, mult mai reprezentată la aceste vîrste.

Încheind ciclurile copilăriei, copilul de peste 10 ani trece spre perioada de maturitate și integrare în viața adultă, proces deosebit de complex și contradictoriu, în care puberul își formează concepția despre sine, despre lume și viață. Mișcarea interioară ia proporții dramatice în conflictul dintre comportamentul impregnat de toate datele perioadei anterioare și cerințele noii etape. Procesul este cu atît mai complicat pentru copilul ajuns la pubertate, cu cît el pornește deja în această etapă a vieții sale încărcat cu toată tensiunea specifică statutului său de neadaptat socio-afectiv.

Datele noastre pun în evidență la această grupă de vîrstă o creștere accentuată a emotivității, cu predominanță în zonele puternic accentuate și patologic. Același fenomen în cazul variabilelor psihastenie și tendințe depresive (la 11 ani, 74% din copii sînt marcați de o scădere a tonusului psihic foarte apropiată de patologic ; la fel pentru vîrstele de 13 și 14 ani, în proporție de peste 50%). De asemenea, apare îngrijorător faptul că sentimentul de neîncredere, de persecuție, interpretativitatea, hipersensibilitatea, inhibiția sînt marcate, pe fond de labilitate psihică și de progresie a impulsivității.

Comparînd etapele terminale ale unui ciclu de dezvoltare, respectiv vîrstele de 10 și 14 ani, ni se relevă augmentarea, spre adolescență, a unor trăsături temperamentale. Astfel, se înregistrează o creștere relativ sensibilă a emotivității, a vindicativității, a stării depresive și a labilității psihice, în timp ce impulsivitatea (între 36—50%) și schizoidia (între 28—36,8%) se ridică la cote mult mai înalte, concomitent cu o scădere a psihasteniei și egocentrismului. Așadar, o parte însemnată dintre acești copii intră în adolescență cu o mare încărcătură tensională și, implicit, cu un comportament contradictoriu, ce se manifestă ca modificare axiologică a EU-lui, ca restrîngere sau deviere.

Bibliografia la autor.

PSYCHOPATOLOGY OF ADAPTATIVE REACTIONS IN AFFECTIVE FRUSTRATED CHILD

Summary

The investigation carried out with a sample of 424 subjects aged between 6 an 16, follows the means of adaptative response in the affective frustrated child and to reveal the deviances from normal.

The analysis of the results brings into relief the fact that the affective frustration determins in an important group of such children a state of intrapsychic strain and a contradicting implied behaviour which is manifested as a restriction or deviance of the I.

MARGINALII CU PRIVIRE LA TULBURĂRILE DE COMPORTAMENT — CONSECINȚE A REACȚIILOR DEZADAPTATIVE ȘCOLARE

T. Stamatin, Claudia Bourceanu, C. Romanescu
Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

COMPORTAMENTUL UMAN ESTE O REZULTANTĂ A ACTIVIȚĂții trecută prin filtrul conștiinței și al tuturor celorlalte funcții psihice, avînd la bază întotdeauna o motivație. Nu ne vom referi la diferitele clasificări făcute de diverși autori, dar vom menționa că în afara comportamentului aberant din stările psihotice, celelalte tulburări de comportament recunosc trei determinante: etiopatogenice, sociogenă, biogenă și psihogenă.

În cadrul tulburărilor de comportament ca rezultat al reacțiilor dezadaptative se recunoaște după părerea noastră două din aceste determinante, sociogen și psihogen cu siguranță, dacă nu și biogen prin anumite determinante de teren ce îngreunează adaptabilitatea.

După T. Vlad și C. Vlad, reglarea optimă a comportamentului nu se realizează numai prin prezența motivației ci și printr-un anumit grad de activare atît privind motivele primare biologice cît și dorința de explorare și cunoaștere.

După Kurt Lewin (citat de T. Vlad și C. Vlad) este necesar pe lîngă aceste condiții și proiectarea în viitor a adolescentului, și că această proiectare precum și nivelul aspirațiilor parentale duc la o perpetuă ameliorare a performanțelor.

În lotul urmărit de noi pe o perioadă de doi ani 1980—1981 atît prin internările în clinică cît și prin observațiile de teren în familie și școală am constatat o serie de modificări comportamentale care au survenit într-un anumit moment existențial în desfășurarea școlarității (cl. a V-a și cl. a IX-a).

Lotul total de subiecți a fost de 103 repartizați pe sexe 78 băieți și 25 fete.

Pe grupe de vîrstă 10—11 ani (32 pe sexe 25 B și 7 F) și 14—16 ani (71 pe sexe 53 B și 18 F).

Manifestările disconmportamentale descrise de anturaj au avut claviatură largă de manifestări, dintre care cele mai importante le enunțăm:

a — absenteismul școlar;
b — modificarea notelor în carnetul de elev;
c — mitomanie;
d — acte de teribilism.
e — vagabondaj;

În școală sînt turbulenți, agresivi față de unii colegi de clasă.

În timpul orelor frizau dezinteresul inatenție, vorbesc cu alți colegi de bancă pe care-i deranjează în mod sistematic. În familie sînt iritabili cu reacție de insubordonare față de părinți și deseori cu reacție de opoziție deschisă cu manifestări impulsive și compulsiuni verbale.

În clinică devin liniștiți, cooperanți cu inițiative praxice, cu dorința de a ajuta infirmierele la lucrurile de curățenie, la aducerea și împărțirea mesei.

Față de personalul medico-sanitar au un comportament liniștit, supuși, cu dorința de a crea impresii cît mai favorabile despre ei. Examenele uzuale de laborator sînt normale. EEG-ul normal. Ex. psihologic evidențiază la 98 de pacienți. Q.I. normal. La 5 pacienți de sex masculin Q.I. arată un intelect limită (Q—I. 71—79%).

Testele proiective evidențiază anxietate marcată, instabilitate, pulsiuni hetero-agresive, pulsiuni clastice.

Ședințele de psihoterapie în clinică, play terapie, dans terapie îi fac mai cooperanți și în cele din urmă se conștientizează motivul anxietății care este generat de frica de a nu putea face față cerințelor școlare precum și nesiguranța în relațiile cu noii colegi.

Colaborarea cu școala a dus în cele din urmă la realizarea unor conduite adecvate cerințelor școlare cu rezultate bune la învățătură și o integrare armonioasă în colectivul clasei.

Mai greu a mers însă cu cei 5 pacienți cu intelect de limită ale căror dificultăți s-au accentuat în timpul celor doi ani și s-a ajuns la multiple corigențe, în iminența de repetenție. Toate tratamentele roborante încercate nu au dus la o integrare armonioasă în colectivitatea clasei.

Concluzii. Reacțiile dezadaptative școlare pot genera manifestări discomportamentale diverse. Analizarea competentă și excluderea altor cauze ce ar determina tulburări de comportament, după părerea noastră se impune imperativ.

De aici se desprinde o concluzie importantă după părerea noastră și anume aceea că cooperarea cu școala a medicului și a părinților aduce beneficii pacientului, ajutîndu-l să se înscrie în conduita generală adecvată a clasei.

Intelectul de limită se încadrează mai greu în condițiile de emulație crescută a școlii și ar fi necesar un nivel de pregătire diferențiat între școala normală și școala specială.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Dragomirescu Virgil : *Psihosociologia comportamentului deviant* — Edit. Șt. și Enciclop., 1976, București. Rev. Neur., Psihiat., Neurochir., 1984.
2. Pirozynski T., Scripcaru Gh., Pirozynski Miarka, Drăghici Gh. : Rev. medico-chir. nr. 3, 1984, pp. 433—438.
3. Pirozynski T., Scripcaru Gh., Pirozynski Miarka : Rev. medico-chir. nr. 4, 1984.
4. Predescu V. : *Psihologia și psihopatologia comportamentului.* Edit. Militară, 1978, (T. Vlad și C. Vlad).
5. Străchinaru I. : *Devierile de conduită la copii.* E.D.P., București, 1969.

NOTES CONCERNING BEHAVIOURAL DISORDERS AS CONSEQUENCES OF SCHOOL NON-ADAPTATIVE REACTIONS

Summary

In this paper authors followed up a sample of 103 pacients with behavioural disorders generated by difficulties of school adaptation and insertion in the 5 th and 10 th forms.

Of the analysis of the cases it results a proteiform diversification of the disbehavioural manifestations, a fact that needs a careful analysis of etic-pathogenetic factors to lead to the avoidance of behavioural disorders due to other etiologies.

Out of the total of 103 pacients 98 have been cured and only 5 with limited intellect remained with difficulties of school insertion.

We think that it is necessary that the subjects with limited intellect should be differently prepared in the entire course of educational process.

TRANSSEXUALISMUL — DEVIANȚĂ ȘI NORMALITATE

Elena Doina Brad, V. Kricsfalussy, I. Sèrdült

Spitalul județean — Dispensarul policlinic de adulți nr. 2 Oradea

SEXUALITATEA UMANĂ CU MULTIPLELE EI IMPLICAȚII, DEVIanțe și limitări, rămîne un subiect de controversă a științelor medicale, pedagogice, filozofice ; pe acest plan, dialectica biologicului cu socialul nu poate fi concepută fără inadecvențe, contradicții sau conflicte, evidențiabile mai ales cu ocazia constituirii diadelor maritale. În acest context am abordat subiectul prezentei comunicări, încercînd să elucidăm în cadrul unei munci de echipă interdisciplinară o latură interferențială a sexualizării.

Aspect fenomenologic complex, transsexualismul se impune abordării interdisciplinare implicînd prin nuanțările de intensitate pe care le prezintă, devianță, cazuri liminare și normalitatea.

Unii autori (3) introduc limitări riguroase, definind transsexualismul ca o „tulburare de identitate sexuală" în care există o discordanță între sexul psihologic și toate celelate niveluri de sexualizare care sînt normale : subiecții încadrați în categorie au un sentiment irezistibil că aparțin sexului opus ; literatura de specialitate (1, 4) semnalează cazuri în care, asemenea subiecți au cerut tratament medical — chiar intervenții chirurgicale — pentru schimbarea sexului biologic. Alți autori (4—5) acordă o sferă de cuprindere foarte largă, vizînd aspecte patologice de tipul homoerotismului și transvestitismului, pînă la dominante comportamentale social acceptate, de tipul personalităților masculine ginoide și a personalităților feminine androide.

În consens cu toți autorii cercetați (1, 3, 5) și noi am constatat că, pînă la devianța propriu-zisă există o serie de nuanțe caracterial comportamentale pe care le-am putea numi predispoziții ale transsexualismului.

Sexologii (1, 3) sînt de acord că, factorii genetici — îndeosebi cei hormonali, deși absolut necesari, nu sînt suficienți pentru a determina un comportament sexual ; direcționarea motivației sexuale se edifică în cursul vieții în funcție de mediul socio-cultural al individului.

În fapt, conștiința apartenenței la unul din sexe apare între 2—3 ani, fiind influențată de : morfologia organelor genitale externe, modul de comportament al părinților față de copil (considerat băiat sau fată) și deprinderea unor obiceiuri sau jocuri de tip masculin sau femenin în cadrul relațiilor părinții — copii. Tendința la homoerotism manifestată

deja în adolescență nu are neapărat o predispoziție constituțională ; explicația fenomenului constă în rămînerea și fixarea subiectului la un stadiu infantil al dezvoltării sale sexuale, debutul real localizîndu-se în copilărie în ambianța familială, în procesul de identificare sexuală (2, 3). Personalitate masculină ginoidă și personalitatea feminină androidă derivă deasemenea din greșeli educaționale : părinții prea severi hiperprotectori influențează efeminarea indiferent de sexul copilului ; dimpotrivă, părinții lejeri, permisivi, stimulează comportamentul android și la copii de sex femenin.

Încercînd să rămînem pe linia de interferență — devianță-normalitate a cazuisticii recrutate dintre subiecți normali, abordăm subiectul comunicării noastre în contextul consultațiilor premaritale în corelație cu permanenta preocupare a societății pentru întărirea stabilității și longevității cuplurilor familiale, pentru stabilirea relațiilor parentale / filiale adecvate unui cadru propice dezvoltării armonioase a personalității umane.

2. *Material și metodă :* estimarea statistică se desfășoară pe un lot de 200 tineri premaritali cuprinși între 17—30 ani (femei) 18—30 (bărbați). *Aria profesională :* 78% muncitori, 6% tehniceni ; 6% absolvenți de facultate și studenți ; 10% casnice. Extrasele din fișele personale de consultație premaritală indică aspect morfo-funcțional normal la 98% din subiecți.

Pubertatea și debutul activității sexuale se încadrează în limitele indicate de literatura de specialitate (3, 4). Nu sînt declarate perversități, situații de conflicte sexuale sau cazuri cu hiperexcitabilitate sexuală ; 86% femei declară relații erotice antemaritale, 16% dintre acestea fiind deja însărcinate (luna III—IV) ; la 26% dintre partenere se constată afecțiuni ginecologice pentru care se instituie tratament de specialitate.

Investigarea psihologică — obligatorie la toți tinerii premaritali din municipiul Oradea și dispensarele extrateritoriale afiliate — se desfășoară pe baza unei baterii de teste psihologice vizînd : maturizarea emoțională (metoda Friedman) : tabloul comportamental/caracterial referitor la masculinitate/feminitate (chestionare de autoevaluare) ; profilele afective situative (test color Lücher) profilele pulsionale vizînd sexualitatea și caracterul (test proiectiv Szondy).

3. *Rezultate, constatări :* Parametrii maturizării emoționale raportați la scala Friedman evidențiază o distribuție statistică normală : 13% subiecți cu maturizare emoțională înaltă ; 54% subiecți cu maturizare emoțională normală/medie ; 27,5% subiecți cu maturizare emoțională nevrotiformă ; 5,5% subiecți nematurizați emoțional.

Profilele afective situative evidențiază în principiu orientare afectivă pozitivă, fără tablouri acute de anxietate sau depresie ; dealtfel, nici datele anamnestice nu au evidențiat în acest lot subiecți cu tendințe psiho-nevrotice sau cu tablouri psihopatoide. Stressul situațional (77% din subiecți) și stressul emoțional (23% din subiecți) este motivat de factorii conjuncturali, și vîrsta tînără a subiecților.

O discuție aparte impune compartimentul comportamental-caracterial, în corelație cu profilele pulsionale — în fapt acesta fiind motivul abordării problematicii din această comunicare. Pe întregul lot, *doar* 24,5% tineri prezintă un tablou comportamental/caracterial adecvat sexului (conform chestionarului de autoevaluare M/F ; F/M) ; 64% *tineri prezintă tablouri ambitendente*, exprimînd în egală măsură caracteristici comportamental/caracteriale androide și ginoide, *indiferent de sexul pe*

care-l au ; 8,5% bărbați prezintă tendințe la efeminare în timp ce, abia 2% din femei evidențiază tendințe la masculinitate sub acest aspect. Profilele pulsionale Szondy care aduc elementele definitorii personalității transsexualului — chiar și la aceste intensități notate ca predispoziții — indică însă o cotă a devianței mult mai ridicată : 6,3/1 — respectiv 38% bărbați cu tablou pulsional efeminat sub aspectul vectorului sexualității și al contactului afectiv, raportat la abia 6% femei cu acest aspect deviat. Constelația personologică cea mai frecventă apare ca un joc contradictoriu al comportamentului de fațadă — raportat la tensiunea pulsională de culise : sexualitate de tip deviat față de normele social acceptate; ego psihasteniform sau cu puternice tendințe la introiecție și refulare ; ambitendență în pulsiunea contactului afectiv și comportamental.

Atît la bărbații cît și la femeile cu această structură apare imaturitate emoțională sau nevrotiformă, ceea ce pune sub semnul întrebării armonia afectivă a viitorului cuplu.

Sondajele anamnestice relevă în ascendență, situații familiale ambigue ; familii dezmembrate sau cu un permanent climat conflictual. Băiatul nu s-a putut identifica cu tatăl deoarece acesta a fost fie prea autoritar, fie prea slab — uneori inexistent ; alteori a fost crescut de părinți cu regretul că nu a fost fată. În aceste condiții băiatul se identifică *inconștient* cu mama la pubertate adoptînd un comportament psiho-sexual efeminat (3).

Puținele cazuri de personalitate feminină androidă au în majoritate o cauzalitate endocrină sau o situație familială deosebită (mama decedată, alcoolică, sau suferind de o afecțiune psihică gravă).

Concluzii : 1. Formarea unei personalități armonioase cu potențial adaptativ optim se structurează din primii ani în matricea familială ; pentru imprimarea identității psiho/sexuale adecvate, *ambii părinți* au un rol hotărîtor, educația în acest sens începînd de la 2—3 ani ; fiind completată de colectivitățile preșcolare, școlare și de formațiunile cultural-politice de tineret.

2. Carențele educaționale grevează *structurări predispozante* pentru devianțele caracterial/comportamentale care vor necesita — în majoritatea cazurilor — ajutorul echipelor L.S.M., datorită dificultăților adaptative pe care le antrenează.

3. Consultația și consilierea premaritală desfășurată în echipă interdisciplinară, reprezintă momentul propice de apreciere a structurii bio-psiho-sociale a tinerilor, oferind cadrul adecvat pentru depistarea și, unde este posibil, corectarea devianțelor psiho/comportamentale, cît și pentru profilaxia perpetuării acestora la viitoarea generație.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Băltăceanu O. : *Patologia medicală la femeie (specific, particularități)* — Edit. Medicală, București, 1983.
2. Stoica T. : *Sexologie* — Edit. Medicală, București, 1982.

3. Stoica T. : *Pubertate normală și patologică* — Edit. Medicală, București, 1982. 1982.
4. Szondy : *Diagnosticul experimental al pulsiunilor* — P.U.F., 1952.
5. Szilaghi V. : *Educația sexuală în familie* — Budapesta, 1976.

THE TRANSSEXUALISM — DEVIATION AND NORMALITY

Summary

The medical unit of the Policlinics nr. 2 Oradea — staff's communication points out a less investigated aspects in psycho-sexual youth's behaviour — the transsexualism — strikingly ascertain the occasion of clinical and paraclinical investigations affected by the „Before Marriage Consultation and Counsel Commission".

Psychical maturization generally and especially the attitude before sexualization in an important aspect in the individual's bio-psycho-social determinism multiple influences being involved. The proper sexualization doesn't constitute the results of an internal primary process, the deviations of normality imposing on the endocrinological, psychological and many times, psychiatrical care, so it is necessary au interdisciplinary collaboration.

Our observations endorsing the transsexualism go on just form such a collaboration become compulsory as part of the „Before Marriage Cunsultation and Counsel Commission's" collective work, the great number of cases, investigated upon a unique methodology, permitting un to emphasiz, in a raised enough percentage, of the cases of transsexuality, the statistical estimation of medical and social usefulness.

SEXOPATIA ŞI MODALITĂŢILE DE ASISTENŢĂ PROFILACTICĂ ŞI TERAPEUTICĂ

Gh. Scripcaru, Demetra C. Pandele, T. Pirozynski, I. Bulău

Institutul Medico-Legal Iaşi

LA OM, SEXUALITATEA SE CONSUMĂ ÎNTR-UN CONTEXT SPEcific, conturat de afecţiune şi sensibilitate, personalitate şi caracter, cutume şi obiceiuri, norme şi instituţii sociale. Astfel delimitată, sexualitatea umană apare ca un act cultural prin excelenţă şi devine o latură importantă a modului de încorporare a valorilor în personalitate.

Sexualitatea apare astfel ca o necesitate biologică, iar moral sau imoral, normal sau patologic, în sexualitate, nu este decît modul cum omul o încorporează în personalitatea sa. De aceea, modul său de consumare diferă cu contextul sociocultural şi se reflectă într-o morbiditate diferită, în raport de timp şi spaţiu. Scăderea tulburărilor de comportament sexual consecutiv moralei şi cutumelor sociale, constituie o realitate care nu exclude profilaxia formelor de sexualitate patologică, apreciate ca un comportament sexual rezidual. Faptul confirmă în plus realitatea, după care sexualitatea umană apare drept un produs al culturii cu nucleu afectiv, prin care, devine un model cultural finalizat în conjungalitate, prin încorporarea sa în personalitatea cuplului. Numai astfel sexualitatea devine o valoare şi o formă de comunicare interumană.

În contextul celor de mai sus, normalitatea sexuală se impune ca o modalitate de integrare a aspectelor somatice, afective, intelective şi sociale în personalitatea omului şi cuplului, integrare în măsură a-i îmbogăţi personalitatea, comunicarea şi afectivitatea şi a oferi corespondenţă reciprocă necesară la aceste nivele. După O.M.S., sănătatea sexuală implică dimensiuni biologice, afective şi sociale şi orice disociere a acestor nivele ne introduce în domeniul patologiei sexuale cu efecte negative în ceea ce priveşte dezvoltarea personalităţii şi îmbogăţirea relaţiilor interpersonale (2).

Cu alte cuvinte sexualitatea prezintă nivele instinctuale, afective, raţionale, sociale, etice şi culturale de realizare şi orice disociere a acestor nivele se poate afla la originea unor organizări inverse a valorilor legate de sexualitate, cu blocarea comportamentului sexual la nivelele sale inferioare (instinctuale) de realizare, în locul celor afectiv-axiologice. Cum legile biologice nu pot fi anulate, omul desăvîrşindu-se prin înţelegerea lor în scopul de a realiza sporul de progres spiritual al existenţei sale, este evident că neabordarea unor aberanţe sexuale s-ar opune unui atare efort. Căci, sexualitatea, normal consumată, constituie o sursă de echilibru bio-psiho-social, de generozitate şi altruism interuman şi orice sexualitate patologică duce, dimpotrivă, la dezumanizarea omului, la preocupări obsesive

sau tulburări de personalitate. Consecința inevitabilă, pe plan uman, a acestor situații va fi erotismul, frigiditatea, perversiunea, vulgaritatea, corupția, insensibilitatea și, în final, structurarea unei personalități anomic-egofile.

Motivația sexuală (instinctul sexual) prezintă o componentă dinamogenă (genetică și nedirecționată) și o alta, spunem noi, cenzurogenă (direcționată în raport de modele și de experiența individuală). A doua componentă o dirijează pe prima și orice insuficiență a sa, generează o patologie încărcată de consecințe, mai ales de agresivitate, știut fiind că sexualitatea patologică insuficientă și negratifiantă, se impune ca unul din cei mai puternici declanșatori de agresivitate. Dacă componența înnăscută a instinctului sexual are un determinism biologic, de specie, componenta cenzurogenă reflectă specificul uman al controlului său volițional, în acord cu interesele grupului și a normelor sociale. Astfel, comportamentul sexual se impune, în final, ca un comportament social complex, care, aduce afortiori și reprimarea adecvată, etico-normativă, a tulburărilor sale.

Plecînd de la caracterul rezidual al acestor tulburări de comportament sexual, întîlnite în cazuistica noastră și de la consecințele lor negative pe planul realizării personalității umane, obiectiv principal al oricăror programe de sănătate am analizat un număr de sexopați din care 90% au inclus acte de violență sexuală (violuri) și 10% perversiuni sexuale cu developare medico-legală.

Victimologic, în toate cazurile de perversiuni sexuale, victima a fost o persoană de sex masculin, iar în cazurile de viol, o persoană de sex feminin. (În 10% cazuri, persoane sub 12 ani, în 43%, între 12 și 18 ani, în 47% între 18—60 ani și în 3% femei peste 60 ani). Se observă, victimologic că la o anumită inexperiență sexuală, a autorilor violurilor (tineri), vîrsta victimei era avansată, polaritatea sexuală cunoscută, ca și în cazul perversiuinlor sexuale unde fenomenele s-au petrecut într-un mod invers. Analiza psihologică remarcă faptul că, în fața pulsiunii sexuale de consumare a actului sexual exclusix instinctual, victima devenea un obiect sexual, indiferent de faptul dacă era cunoscută, necunoscută, sau chiar rudă a agresorului. În raport cu mediul unde s-au consumat aceste sexopatii (35% în mediul rural, și 65% în mediul urban), se constată că, în ambele situații, intervalul dintre violență și plîngere a fost variat, în raport de trauma psihică consecutivă și opoziția la agresiunea sexuală sau de reacția recentă ori tardivă a microgrupului. Nu putem deduce o frecvență reală a agresiunilor sau perversiunilor sexuale, deoarece, în primele, reacția microgrupului sau fragilitatea și labilitatea consimțămîntului au condiționat publicizarea acuzației. De altfel, în cazul violențelor sexuale constatăm o concordanță, în 60% cazuri, a unor semne de violență corporală și 72% cazuri a unor semne de violență genitală, atestă afirmația de mai sus. La cele 40% cazuri de lipsă a leziunilor corporale se atestă nu atît înfrîngerea opoziției fizice prin temere acută cît mai ales dificultatea sau fragilitatea consimțămîntului sexual sub influența consumului ritual de alcool, a relațiilor

de prietenie prealabile sau a desistării ulterioare de la promisiune de căsătorie. Mai mult, faptul că din cazurile cu leziuni genitale, numai la 60% acestea erau vechi, argumentează în plus această concluzie.

În ceea ce privește profilul victimelor se remarcă fapte medico-legale îndeobște cunoscute cum ar fi nesupravegherea și asumarea ușuratică de riscuri.

În ceea ce privește starea psihopatologică a autorilor violențelor sexuale la marea majoritate a cazurilor de implicare a minorilor nu s-au constatat tulburări psihice, față de adulți, la care psihopatia a fost aproape regulă. În circa 5% cazuri subiecții prezentau deficite mintale de tipul debilității mintale cu dificultăți generale de adaptare relațională și numai în 1,5% cazuri psihoze, cînd sexopatia devenea un simptom pregnant de îmbolnăvire psihică.

Din analiza de mai sus se pot deduce cîteva concluzii cu valoare euristică în ceea ce privește dezvoltarea și integrarea adecvată a personalității sexuale în valorile culturale și normative ale grupului.

Sexopatiile constituie un important element patologic de dezechilibru uman prin disonanța pe care o implică între natură și cultură. Atari stări se opun, evident, ridicării motivației sexuale nedirecționate, pe treapta superioară a dragostei umane, direcționate și valorizatoare.

Atît agresiunile sexuale, dar mai ales perversiunile, se impun cercetării ca o patologie a motivației sexuale cauzată de disocierea dizarmonică a nivelelor sexualității umane cu valorizarea deformată a relațiilor sexuale. Sub aspect psihodinamic sexopatiile se prezintă mai adecvat ca tulburări patologice ale afectivității cu reducerea partenerului la un obiect sexual și prin aceasta, lipsite de empatia specific umană.

Sub aspect etiologic, pe lîngă cauzele interne (genetice, endocrine sau nervoase), reduse ca număr, sînt de reținut cauzele externe relaționale, cu frecvență crescută, printre care, carența afectivă cu structurarea unei personalități inafective, impulsive și insensibile datorită căreia, se va alege întotdeauna calea instinctuală a unei dorințe și satisfacții sexuale. Intervine apoi sexualitatea precoce cu dificultățile cunoscute de integrare adecvată a sexului în personalitate, precocitate care aduce în mod inevitabil o imagine devalorizată a dragostei umane cu structurarea implicită a unei sociopatii. Nu pot fi neglijate cazurile de engramare a unor pattern-uri sexuale patologice la vîrste fragede, cu condiționarea, fixarea și disocierea patologică a reproducerii de erotism ca în situațiile de familie dezorganizată, promiscuitate, influență negativă de microgrup etc. Alte cauze include narcofilia, cu excitarea pulsiunii sexuale și înlăturarea barierelor morale, incultura, frapantă în cazurile de incest, frica și implicit agresiunea față de sexul opus, ca în cazul impotențelor sexuale.

Tulburările sexuale, mai ales la vîrstă fragedă ca și la victimele acestor agresiuni, frecvent permanentizează disfuncțiile sexuale, generează boli psihosomatice, agresivitate și toxicomanie de compensare, idei autolitice prin culpabilizare, disfuncții familiale și divorț, totdeauna între agresiunea sexuală , impotență și perversiune există o potențare

reciprocă și permanentă de situații patologice (impotența generează perversiune și agresiune și invers). Riscul tulburărilor homeostazice de cuplu cu infidelitate, ruptură, conflicte inter și intra psihice și conjugopatie sînt stări cu „bătaie patologică lungă".

Sub aspect strict medical, în atari cazuri, semiologia sexuală trebuie să se impună ca o atitudine etico-psihologică și culturală de dedramatizare, departajare și asumare de responsabilități, de psiho coterapie permanentă, de cooperare relațională și deculpabilizare, prin excelență.

Sub aspectul educației sexuale, latură nu mai puțin importantă a pedagogiei sexuale, se accentuează necesitatea educării ei ca o parte a educației personalității, în care, sexualitatea, prin afecțiune și empatie, să devină o trăsătură de personalitate, prin dragostea ce umanizează motivația sexuală, să fie încorporată în personalitate și să evite disimularea și să fie abordată ca o sursă de potențare spirituală reciprocă prin afecțiune. În același sens rolul negativ al sexualității precoce, în contrast cu cel al sublimării sexuale, trebuie permanent bine și științific justificat.

Dacă tulburările vieții sexuale umane se impun, fără dubiu, ca autentice maladii ale personalității, atunci, atari atitudini educative, terapeutice și profilactice trebuie făcute paralel cu educația generală, fapt ce se justifică în situațiile marginale analizate cu pertinență și valoarea unui autentic truism.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Anty M. : *Psihologie médicale,* Fayard, 1982.
2. Bowlby J. : *Maternal Carë and Mental Health,* Geneva, OMS, 1951.
3. Falkner F. : *Prevention de l'enfant de probl. de santé du adulte,* OMS, 1983.
4. Gorgos C. : *Vademecum în psihiatrie,* Edit. Medicală, București, 1985.
5. More S. Michael : Law and psyhiatry, Cambridge Univ., 1984.
6. Rudică T. : *Niveluri de conduite umane,* Edit. Junimea, Iași, 1984.
7. Rassat M. : *L'incest en milieu rural,* Edit. Vrin, 1977.
8. Scripcaru Gh., Terbancea M. : Patologie medico-legală, E.D.P., București, 1983.

SEXOPATHY AND MODALITIES OF PROPHILACTIC AND THERAPEUTIC CARE DELIVERY

Summary

Sexuality is analysed through disbehavioural aspects of different etiology by the analysis of its motivation, of some etiologic relations, and of the profile of personality and of psychopathological forms in which the deviance was expressed. The options concerning the prophilactic and therapeutic care resulted from the experting activity of the cases investigated by the authors. Trough these data of medical investigation it is stated the guideline regarding the modalities of medico-curative and prophilactic intervention.

ASPECTE TRANSCULTURALE DIACRONICE ALE TEMATICII DELIRANTE

N. Neicu, D. Prepeliceanu, Irina Dan, Adriana Rîmbu

Spitalul Clinic „Gh. Marinescu" — București

SÎNT BINE CUNOSCUTE ASPECTELE TRANSCULTURALE ALE BOlilor psihice ,ele formînd obiectul unor preocupări sau cercetări ce încep de la fondatorul psihiatriei clinice moderne, Kraepelin și continuă pînă azi cu studii complexe, ca de exemplu Studiul Pilot internațional asupra schizofreniei inițiat de O.M.S. (1973) pe 1202 de pacienți din nouă țări. În 1904 Kraepelin scria un articol intitulat „Psihiatria comparată" în care sesiza valoarea pe care ar avea-o pentru cunoaștere studierea tulburărilor mintale în grupuri de diferite vîrste, sexe, ocupații sau studii trans-culturale la scară internațională în psihiatrie, dată fiind marea variabilitate a tablourilor clinice și evoluției bolilor, comparația unor simptome sau a unor fenomene globale poate deveni un valoros instrument diagnostic, prin separarea elementelor comune de diferențele care eventual coexistă cu acestea. Ierarhizarea similitudinilor sau diferențelor rezultate din observarea și compararea unor loturi cît mai reprezentative de complexe simptomatologice se poate constitui într-o listă de criterii de diagnostic, așa cum sînt simptomele de rangul I și II în schizofrenie ale lui K. Schneider, criteriile CIM a OMS, DSM-III sau celelalte seturi de criterii diagnostice existente.

Nu sînt lipsite de interes și observațiile efectuate longitudinal în istoria evoluției naturale a unei boli. Chiar în cadrul aceleiași culturi există etape istorice în care concepția despre și atitudinea față de boala psihică, ca și aspectul clinic al acesteia, diferă. Expresia clinică a bolii psihice poate fi astfel asemănată cu un iceberg : anumite aspecte (teme ale modificărilor calitative de gîndire, expresie corporală a crizelor isterice, trăirea nevrotică a realității), mai superficiale, suferă modificări diacronice, mediul social (tradiție, obiceiuri, educație, condiții de viață și muncă, sisteme de valori, zestre culturală) punîndu-și amprenta patoplastică asupra lor ; aceste aspecte acoperă o structură fenomenologică perenă, mai mult sau mai puțin definitorie pentru boala respectivă, care conține esența bio-constituțională sau psihogenă a bolii.

Și în tematica delirantă se constată în decursul vîrstelor omenirii și în diferite culturi deosebiri cantitative și calitative, care evidențiază rolul factorilor socio-culturali ce își pun amprenta asupra gîndirii bolnavului delirant.

reciprocă și permanentă de situații patologice (impotența generează perversiune și agresiune și invers). Riscul tulburărilor homeostazice de cuplu cu infidelitate, ruptură, conflicte inter și intra psihice și conjugopatie sînt stări cu „bătaie patologică lungă".

Sub aspect strict medical, în atari cazuri, semiologia sexuală trebuie să se impună ca o atitudine etico-psihologică și culturală de dedramatizare, departajare și asumare de responsabilități, de psiho coterapie permanentă, de cooperare relațională și deculpabilizare, prin excelență.

Sub aspectul educației sexuale, latură nu mai puțin importantă a pedagogiei sexuale, se accentuează necesitatea educării ei ca o parte a educației personalității, în care, sexualitatea, prin afecțiune și empatie, să devină o trăsătură de personalitate, prin dragostea ce umanizează motivația sexuală, să fie încorporată în personalitate și să evite disimularea și să fie abordată ca o sursă de potențare spirituală reciprocă prin afecțiune. În același sens rolul negativ al sexualității precoce, în contrast cu cel al sublimării sexuale, trebuie permanent bine și științific justificat.

Dacă tulburările vieții sexuale umane se impun, fără dubiu, ca autentice maladii ale personalității, atunci, atari atitudini educative, terapeutice și profilactice trebuie făcute paralel cu educația generală, fapt ce se justifică în situațiile marginale analizate cu pertinență și valoarea unui autentic truism.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Anty M. : *Psihologie médicale,* Fayard, 1982.
2. Bowlby J. : *Maternal Carë and Mental Health,* Geneva, OMS, 1951.
3. Falkner F. : *Prevention de l'enfant de probl. de santé du adulte,* OMS, 1983.
4. Gorgos C. : *Vademecum în psihiatrie,* Edit. Medicală, București, 1985.
5. More S. Michael : Law and psyhiatry, Cambridge Univ., 1984.
6. Rudică T. : *Niveluri de conduite umane,* Edit. Junimea, Iași, 1984.
7. Rassat M. : *L'incest en milieu rural,* Edit. Vrin, 1977.
8. Scripcaru Gh., Terbancea M. : Patologie medico-legală, E.D.P., București, 1983.

SEXOPATHY AND MODALITIES OF PROPHILACTIC AND THERAPEUTIC CARE DELIVERY

Summary

Sexuality is analysed through disbehavioural aspects of different etiology by the analysis of its motivation, of some etiologic relations, and of the profile of personality and of psychopathological forms in which the deviance was expressed. The options concerning the prophilactic and therapeutic care resulted from the experting activity of the cases investigated by the authors. Trough these data of medical investigation it is stated the guideline regarding the modalities of medico-curative and prophilactic intervention.

ASPECTE TRANSCULTURALE DIACRONICE ALE TEMATICII DELIRANTE

N. Neicu, D. Prepeliceanu, Irina Dan, Adriana Rîmbu

Spitalul Clinic „Gh. Marinescu" — București

SÎNT BINE CUNOSCUTE ASPECTELE TRANSCULTURALE ALE BOlilor psihice ,ele formînd obiectul unor preocupări sau cercetări ce încep de la fondatorul psihiatriei clinice moderne, Kraepelin și continuă pînă azi cu studii complexe, ca de exemplu Studiul Pilot internațional asupra schizofreniei inițiat de O.M.S. (1973) pe 1202 de pacienți din nouă țări. În 1904 Kraepelin scria un articol intitulat „Psihiatria comparată" în care sesiza valoarea pe care ar avea-o pentru cunoaștere studierea tulburărilor mintale în grupuri de diferite vîrste, sexe, ocupații sau studii trans-culturale la scară internațională în psihiatrie, dată fiind marea variabilitate a tablourilor clinice și evoluției bolilor, comparația unor simptome sau a unor fenomene globale poate deveni un valoros instrument diagnostic, prin separarea elementelor comune de diferențele care eventual coexistă cu acestea. Ierarhizarea similitudinilor sau diferențelor rezultate din observarea și compararea unor loturi cît mai reprezentative de complexe simptomatologice se poate constitui într-o listă de criterii de diagnostic, așa cum sînt simptomele de rangul I și II în schizofrenie ale lui K. Schneider, criteriile CIM a OMS, DSM-III sau celelalte seturi de criterii diagnostice existente.

Nu sînt lipsite de interes și observațiile efectuate longitudinal în istoria evoluției naturale a unei boli. Chiar în cadrul aceleiași culturi există etape istorice în care concepția despre și atitudinea față de boala psihică, ca și aspectul clinic al acesteia, diferă. Expresia clinică a bolii psihice poate fi astfel asemănată cu un iceberg : anumite aspecte (teme ale modificărilor calitative de gîndire, expresie corporală a crizelor isterice, trăirea nevrotică a realității), mai superficiale, suferă modificări diacronice, mediul social (tradiție, obiceiuri, educație, condiții de viață și muncă, sisteme de valori, zestre culturală) punîndu-și amprenta patoplastică asupra lor ; aceste aspecte acoperă o structură fenomenologică perenă, mai mult sau mai puțin definitorie pentru boala respectivă, care conține esența bio-constituțională sau psihogenă a bolii.

Și în tematica delirantă se constată în decursul vîrstelor omenirii și în diferite culturi deosebiri cantitative și calitative, care evidențiază rolul factorilor socio-culturali ce își pun amprenta asupra gîndirii bolnavului delirant.

Pentru cunoașterea raporturilor dintre tematica ideilor delirante și fenomenul socio-cultural trebuie să se recurgă la două categorii de date : a) date sincronice (aparținînd mediului ambiant) și b) date diacronice (aparținînd mediului istoric), interesul pentru studiul delirului ca tulburare de gîndire este determinat de : — frecvența ridicată a fenomenului psihopatologic în clinica bolilor psihice ; — necunoașterea completă a cauzelor și mecanismelor ce stau la baza apariției sale ; — implicațiile sociale, uneori deosebit de grave, ale comportamentului delirant, mergînd pînă la periclitarea vieții bolnavului sau a anturajului, putînd constitui un factor perturbator în desfășurarea normală a vieții sociale.

Analiza unor aspecte transculturale presupune prin definiție coordonate de spațiu și de timp (sau ambele) mai ample decît cele care ne-au stat la dispoziție. De aceea în cercetarea diacronică a tematicii delirante ne-am limitat doar la un fragment al problemei. Am examinat 52 bolnavi internați în ultimul trimestru al anului 1978 și primele două trimestre ale anului 1979. Am studiat de asemenea peste 1500 dosare din care am selectat 123 foi de observație privind bolnavi internați în ultimii 25 de ani. Am evitat estimările cantitative, deoarece delirul este un fenomen complex și în același timp foarte frecvent, interesîndu-ne mai mult aspectul calitativ relevabil în perioada limitată de timp menționată.

Am putut constata că anumite modificări nu pot fi privite numai ca efect al influenței factorilor culturali, ci trebuie corelate și cu transformările economice, sociale, progresul tehnico-științific. Apare astfel evidentă influențarea morbidității psihice determinată exogen : în prezent nu se întîlnesc la bolnavii studiați tablouri clinice de tipul melancoliei delirante din pelagră (corelația cu factorii economici) sau delirul expansiv din paralizia generală progresivă (progresul metodelor terapeutice etiologice).

Există însă deosebiri semnificative în tematica și conținutul ideilor delirante în funcție de habitatul urban sau rural. Ideile mistice sînt mai des întîlnite la subiecții din mediul rural ; cele de influență prin vrăjitorie apar de asemenea la aceștia, iar cele de influență prin unde, radiații electromagnetice, aparate și ideile de invenție la cei din mediul urban. Ideile de reformă se întîlnesc la ambele categorii, cu predominanța la cei din mediul urban. Conținutul și tema delirurilor sînt de regulă influențate de gradul de pregătire și profesie. La bolnavii cu studii medii tehnice apar deliruri de influență prin aparate și mașini. Alteori se întîlnesc contradicții evidente între nivelul de instruire și ocupația bolnavului și conținutul delirului. De exemplu, am constatat apariția delirurilor de invenții sau reformă la bolnavii cu studii elementare și a celor mistice aproape constant cu mecanism halucinator-vizual, auditiv la intelectuali. În conținutul delirului se reflectă și schimbarea sistemului de valori. În prezent apar foarte rar deliruri de filiație ; în cadrul delirului de mărire bolnavii sînt mai puțin posesori ai unor averi uriașe, ai unor titluri de noblețe, în schimb întîlnim mai mulți cunoscători ai tuturor limbilor, absolvenți ai mai multor institute de învățămînt superior, cercetători științifici, posesori ai unor calități mo-

rale deosebite. Delirul erotomanic este mai puțin întîlnit în prezent și și-a pierdut din caracterul spectaculos, iar obiectul iubirii nu mai este un cap încoronat sau un mare demnitar, ci unul din superiorii ierarhici. Odată cu creșterea nivelului de cultură se constată o scădere a delirurilor induse. Nu trebuie totuși minimalizată importanța delirurilor colective, care pot să apară mai ales — chiar în zilele noastre — în cadrul unor comunități religioase. Delirul de persecuție, cel mai frecvent întîlnit și la bolnavii noștri, pare a fi cel mai permeabil la influența culturii epocii, mai ales în privința mijloacelor folosite de persecutori (aparate tranzistorizate, reflectoare, falsificarea prin radiații a grafoelementelor EEG, raze X, laser, t.v., organizații ale Mafiei). Delirurile de otrăvire, ca variantă a ideilor de persecuție, au mecanism halucinator (gustativ, olfactiv) sau interpretativ-intuitiv și se pot „realiza" prin substanțe utilizate în epocă (de exemplu organofosforice). Am constatat că delirul hipocondriac apare destul de des în forme asemănătoare celor descrise în tratatele clasice de psihiatrie, mai frecventă fiind însă convingerea deliranților că ar suferi de cancer, influență a mentalității epocii noastre.

Cunoașterea influenței epocii și evoluției diacronice a delirului poate în mod evident modela conduita terapeutică, în sensul unei mai bune abordări de către medic a bolnavului delirant. În fond bolnavul, ca și medicul său există în aceeași epocă și prima premiză a unui contact psiho-emoțional eficient între ei este înțelegerea de către medic a spiritului acestei epoci și a colectivității căreia îi aparțin, chiar dacă acest spirit îi apare convertit și distorsionat la modul delirant.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Achaintre A.: Les monographies médicales et scientifique", 1964, p. 110.
2. Kraepelin E.: Zentralbl. Nervenheilk Psychiatr., 1904, t. 27 pp. 433—437.
3. Murphy H. B. M.: Comparative Psychiatry, Berlin, Heidelberg, New York, 1982.

TRANSCULTURAL DIACHRONIC ASPECTS OF DELIRIOUS THEMES

Summary

The knowledge of the influence of the epoch and diachronic evolution of the delirium may obviously model the therapeutic conduct in the meaning of a better approach of delirious pacient.

In fact, the pacient like the physician live in the same epoch and the first premise of a psycho-emotional contact between them is the physician's understanding of the spirit of this epoch and the community they belong to even if this spirit appears coverted and distored in a delirious way to him.

DISOLUȚIA NOȚIUNII ÎN SCHIZOFRENIE

M. Șelaru, Maria Atasiei

Institutul de Medicină și Farmacie — Iași
Clinica de Psihiatrie

A ANALIZA PE BAZA DEMERSULUI LINGVISTIC, MODUL ÎN CARE se produc transformările calitative ale gîndirii în cazul unor afecțiuni psihice, ni se pare o încercare îndreptățită, deoarece, pornim de la ideea că între gîndire și limbă există interrelații. Acest punct de vedere a fost subliniat de lingvistul C. Ivănescu în acești termeni : „Nimeni nu poate tăgădui că cel dintîi factor determinant al limbii, care trebuie luat în considerare de lingvist este actul (sufletesc sau spiritual) de gîndire exprimat prin limbaj și care poate fi însoțit sau nu de o trăire afectivă, de un sentiment. *Avînd a exprima gîndirea, mai mult, fiind creată tocmai pentru a exprima gîndirea, limba trebuie să aibă structura pe care i-o impune gîndirea, deci, în general, o structură corespunzătoare acesteia*“ (s. n.) (1).

Dacă trebuie să distingem în legătură cu gîndirea aspectul logico-formal, trebuie neapărat să avem în vedere, așa cum sublinia G. Ivănescu, și conținutul, „noțiunile“, „cultura“ care se caracterizează prin opoziție, ca avînd un grad de mobilitate, „variază de la un popor la altul, de la o categorie socială la alta, de la un om la altul, și, la același om, de la o epocă la alta“ (1). În acest sens, Ioan Petrovici, subliniind caracterul formal, necesar, universal și deductiv („podictic“, „aprioric“) al legilor logice dădea următoarea definiție logicii formale : *„logica e știința condițiunilor indispensabile oricărui adevăr pentru a fi adevăr“* (s. n.) (4).

Chiar dacă gîndirea precede apariția limbajului oral și scris, avînd și forme de manifestare non-lingvistice, rolul comunicării orale și scrise este deosebit de important pentru structurarea unor trepte superioare de psihologi și este necesar, ca principiu, într-o lucrare care își propune să arate nu numai ce transformări de gîndire se produc în cazul schizofreniei, ci, mai ales, cum pot fi acestea demonstrate pe baza unei analize lingvistice făcută pe textele scrise de bolnavii care suferă de această afecțiune.

Henri Salvat (6) sublinia : „...trebuie să cădem de acord asupra prevalenței, aprioritățiigîndirii în raport cu limbajul scris și oral, știind, totuși, foarte bine că percepția verbalizată conține un nivel de generalizare mai precis decît cel pe

care-l conține percepția neverbalizată", iar Henri Wald arăta în plus, rolul de creator de gîndire al limbajului : „În raport cu gîndirea, limbajul nu are numai o funcție comunicativă, ci și o *funcție constitutivă*" (s.n.) (7).

Trebuie făcută, de la început, o constatare care se impune prin evidența ei, deosebit de importantă pentru a demonstra acest raport de cauzalitate : alterarea gîndirii produce grave alterări ale exprimării lingvistice. De aceea, studiul producțiilor schizofrenicilor este o întreprindere deosebit de complicată, dacă ne propunem să urmărim care sînt liniile de structurare ale acestui mod de comunicare aberant și nu numai să numim, prin raportare la exprimarea lingvistică normală, niște deficiențe. Vom încerca, în plus, să vedem în ce măsură bolnavul respectiv mai are posibilitatea de a stabili raporturi de cunoaștere cu lumea reală. Aceasta este o problemă la care psihologia, prin ea însăși, nu poate da un răspuns, impunîndu-se necesitatea raportării la lingvistică. Este, de fapt, una dintre sarcinile pe care Roman Jakobson le punea pe seama unei științe interdisciplinare : psiholingvistica : „Parmi les questions pertinentes, en parti étudiées par les psyhologues et en parti demeurées sans réponse, on peut citer... les rapports entre les troubles du langage et les déficiences intellectuelles..." (3).

A analiza modul în care se produce disoluția noțiunilor în schizofrenie, înseamnă a ne apropia de una dintre problemele fundamentale care privește înțelegerea acestei afecțiuni psihice.

Psihologul L.S. Vîgotski considera că „trăsătura esențială a psihicului bolnavului de schizofrenie este *tulburarea funcției de formare a noțiunilor* (s.n.). Dezintegrarea sistemului psihologic care stă la baza gîndirii noționale este o trăsătură tot atît de fundamentală a psihicului schizofrenului..." (9). Trebuie să înțelegem de aici că, schizofrenie înseamnă, în primul rînd, alterarea gîndirii conceptuale, constatare care explică în cel mai înalt grad disoluția de limbaj. Între gîndirea conceptuală, care, deci, operează cu noțiuni, judecăți, raționamente și cuvînt există o foarte strînsă determinare.

Noțiunea, conceptul prin gradul mare de abstractizare și generalizare nu se poate concretiza decît prin cuvînt, care, datorită funcției sale sociale are, de asemenea, un grad sporit de generalitate. Ioan Petrovici avea dreptate să susțină că, in iferent de gradul mai mare sau mai mic de abstractizare a unei noțiuni, de caracterul mai individual, mai concret sau mai general al acesteia, nu se poate vorbi de noțiuni reprezentabile prin imagini, „...le lipsesc noțiunilor imagini adequate ...noțiunile ca atare sînt ireprezentabile" (4).

Pentru a ajunge la niște rezultate cît mai revelatoare, vom porni de la o înțelegere mai nouă a conceptului de noțiune. Ideea că noțiunea se definește permanent în urma operațiilor gîndirii a fost subliniată de psihologul J. Piaget : „Numai printr-o abstracție cu totul nelegitimă, vorbim despre o singură operație, deoarece, caracteristica operațiilor este de a construi sisteme. Pentru a sesiza caracterul operatoriu al gîndirii raționale, este necesar să cuprindem sistemele ca atare... Astfel, ca să începem cu cazul cel mai simplu, psihologia clasică că și logica clasică vorbesc despre concept ca element al gîndirii. Or, o „clasă" n-ar putea

să existe prin ea însăși, și aceasta chiar independent de faptul că definiția ei recurge la alte concepte. Ca instrument al gîndirii reale și, făcînd abstracție de definiția sa logică, ea nu este decît un element „structurat" și nu „structurant" sau, cel puțin, ea este deja structurată în măsura în care este structurantă ; *ea nu posedă realități decît în funcție de toate elementele cărora ea le este opusă sau în care este înglobată (sau pe care le înglobează ea însăși"* (s. n.) (5).

De asemenea, H. Wald definește noțiunea printr-o operație de gîndire : *judecata :* „Datorită contradicției lăuntrice, dintre opera și conținutul ei, noțiunea se dedublează, polarizîndu-se în cei doi termeni ai judecății : subiectul și predicatul. Subiectul, care preia sarcina cognitivă a sferei, oglindește cantitatea — unul, unii, toți ; predicatul, care preia sarcina cognitivă a conținutului, reflectă calitatea, esența, o însușire sau o acțiune. Judecata S este P, echivalează cu judecata, cantitatea este calitate. Unitatea dialectică dintre subiectul și predicatul unei judecăți reflectă, pe plan logic, unitatea dialectică reală dintre cantitate și calitate, individual și general, fenomen de esență, diferență și identitate etc. *Judecata nu este altceva decît o noțiune desfășurată* (s. n). Fără îndoială că, înainte de toate, subiectul și predicatul unei judecăți sînt noțiuni. Deci, ca noțiuni, ele au, fiecare în parte, atît sferă cît și conținut. Dar, în interiorul judecății, subiectul oglindește numai implicit identitatea obiectului la care se referă gîndirea, în vreme ce predicatul reflectă explicit această identitate. Desfășurarea judecății de la subiect la predicat explicitează, pe treapta logică a reflectării, mersul firesc al cunoașterii de la oglindirea fenomenului la oglindirea esenței. Subiectul oglindește lucrul, iar predicatul esența" (8). Deci, dacă din punctul de vedere al genezei, noțiunea rezultă dintr-o judecată sau dintr-un șir de judecăți, printr-un proces de generalizare și abstractizare a experienței umane, în actul gîndirii, noțiunea se actualizează, desfășurîndu-se într-o judecată. Practic, noțiunea există în relația care se stabilește între cei doi termeni ai judecății : subiectul și predicatul.

Înțelegînd, așadar, că noțiunea se re-crează pe baza operațiilor gîndirii raționale, considerăm că disoluția ei în cazul schizofreniei rezultă tocmai din incapacitatea bolnavului de a mai efectua aceste operații. Credem că testele prin care se cere schizofrenului să definească o noțiune dată nu sînt revelatoare pentru a demonstra disoluția sistemului său noțional, deoarece și omul sănătos dar lipsit de instrucție, nu va putea numi exact conținutul noțiunii, cuvîntul care poartă respectiva noțiune, rămînîndu-i străin ca semnificație. Ar trebui propuse teste care, pe baza celor mai simple noțiuni, să ceară bolnavului efectuarea unor operații de gîndire.

Cele mai indicate surse de cercetare ale gîndirii bolnavului de schizofrenie sînt, totuși, textele, produse spontan, fără nici o determinare din afară ; ele reflectă în concepția noastră adevărata structură a psihicului celui afectat, cu toate că, prin felul lor stufos și, de cele mai multe ori ininteligibil, îngreuiază serios cercetarea.

O analiză gramaticală, prin ea însăși, nu ar duce la nici un rezultat, deoarece, nu ar realiza decît o inventariere a greșelilor morfologice și sintactice prin raportare la structura normală a limbii, fără să poată arăta ce implicații se deduc pe planul gîndirii.

Iată de ce este nevoie de un punct de vedere care să stabilească relațiile dintre structura gîndirii și structura limbii. Deși motivat și necesar, un asemenea punct de vedere nu a fost realizat în lingvistică. Este meritul lui G. Ivănescu de a fi făcut un prim pas în această direcție. Lingvistul ieșean are o teorie prin care redefinește părțile de vorbire, raportîndu-le la actele gîndirii, demonstrînd că lingvistica, prin ea însăși, nu poate explica o serie de fapte din domeniul de cercetare a limbii. „A analiza limba de pe pozițiile logicii — și, desigur, și ale psihologiei — este cel puțin, în cazul de față, singurul punct de vedere îndreptățit în lingvistică, este punctul de vedere lingvistic. A crede că lingvistica își pierde autonomia ca știință, devenind cumva o anexă a altor științe, dacă se recurge la un factor străin limbii, ca gîndirea, efectiv : structura gîndirii pentru a explica structura limbii, este o eroare ; căci, ar însemna să separăm două realități care se găsesc în cea mai strînsă legătura una cu alta și să înlăturăm orice posibilitate de explicație“ (2).

Trebuie subliniat că G. Ivănescu, pornind de la date mai noi, depășește formalismul logic. El înțelege că noțiunea nu este numai o componentă de la care pleacă gîndirea, ci mai ales că în operația efectivă de gîndire ea este o rezultantă : „...judecata nu se naște prin legarea a două noțiuni, ci prin includerea în (sau excluderea din) conținutul unei noțiuni, a unuia dintre elementele lui constitutive... printre elementele constitutive ale unei noțiuni intră și conținutul altor noțiuni cu o sferă mai cuprinzătoare“ (2). Această definiție decurge din natura diferită a substantivului subiect al judecății și a substantivului predicat al judecății : „substantivul subiect exprimă noțiunea în extensiunea și conținutul ei, iar substantivul predicat exprimă noțiunea, bineînțeles altă noțiune decît cea care e subiect — numai în conținutul ei“ (2).

Nerespingînd punctul de vedere logic, ba, dimpotrivă, considerîndu-l necesar, definește părțile de vorbire arătînd că substantivul și pronumele, ca substitut al substantivului, se comportă asemenea substantivului subiect al judecății, „exprimînd noțiunea în extinderea și conținutul ei“, avînd, de aceea, un sens mai concret, pe cînd adjectivul, verbul, numeralul cardinal și cel ordinal se află în situația substantivului predicat al judecății, deoarece exprimă : adjectivul „calitatea, ca și raportul de loc, de timp, de loc etc., deci nu ceva substanțial, „concret“, numeralul cardinal și cel ordinal : „cantitatea, ordinul (dintr-o serie), deci, de asemenea, nu ceva „substanțial, concret“, verbul : „existența, posesiunea, starea, acțiunea unei ființe sau procesul unei substanțe, deci, iarăși nu ceva „substanțial“, „concret“ (2). Aceste constatări îl duc pe G. Ivănescu la concluzia că numai substantivul exprimă noțiuni, deoarece, este singura parte de vorbire care denumește obiecte, pe cînd verbul, adjectivul, numeralul nu exprimă noțiuni, datorită faptului că elementele

exprimate de ele nu sînt noțiunea însăși, ci note esențiale și abstracte ale noțiunii. Aceste concluzii sînt deosebit de importante pentru demersul analitic pe care ni l-am propus. Analiza gramaticală pe care o efectuăm trebuie să coincidă cu analiza logică, adică, căutînd să vedem în ce măsură structura judecății se păstrează în schizofrenie ; vom analiza structura gramaticală a propoziției alcătuită din subiect și predicat în care subiectul coincide cu subiectul logic, iar predicatul cu predicatul logic.

Structura limbii reflectă în cel mai înalt grad caracterul operatoriu, dinamic al gîndirii, numai pentru simplul motiv că niciodată cuvintele nu apar izolat, ele intră în relații stabilind structuri, sintagme. Analiza pe care o efectuăm pornește de la un raport invers efect-cauză, și, în urma punctelor de vedere exprimate mai sus, putem arăta că în momentul în care textul cercetat relevă incapacitatea bolnavului de a stabili raporturile normale dintre cuvinte, aceasta reflectă pe planul gîndirii neputința efectuării unor operații. Din concluziile lui G. Ivănescu deducem că numai în cazul propoziției alcătuită dintr-un subiect, exprimat printr-un substantiv și un predicat nominal, în care numele predicativ este exprimat printr-un substantiv, S este P, în care cei doi termeni sînt exprimați prin substantive, vorbim de o includere (sau excludere din) conținutul noțiunii subiect al unor elemente care aparțin noțiunii predicat. În cazul propoziției alcătuită din subiect exprimat prin substantiv și predicat exprimat prin verb sau predicat în cadrul căruia numele predicativ este exprimat prin adjectiv, putem vorbi de procesul de constituire al unei noțiuni, subiectul exprimînd lucrul, obiectul iar predicatul notele sale esențiale, generale.

Propunîndu-ne să demonstrăm cum se produce disoluția noțiunii în schizofrenie, considerăm că am ajuns la concluzia teoretică care să ne permită trecerea la analiză. Așadar, noțiunea nu poate fi înțeleasă ca element izolat al gîndirii (chiar în dicționar ea este însoțită de o definiție), ea se crează, se definește, reactualizînd, în actul efectiv de gîndire, procesul de dezvoltare al cunoașterii umane.

Noțiunea există numai datorită capacității sale de a se desfășura în judecăți, în operații de gîndire, altfel înțeleasă decît așa, ea reprezintă un element inert. Analiza logică a faptelor de limbă reflectă acest adevăr. Astfel, substantivul, singura parte de vorbire care poartă noțiuni, nu ar putea exprima nimic prin el însuși, dacă nu ar intra în relație cu verbul, adjectivul sau numeralul, părți de vorbire care exprimă notele abstracte și esențiale ale noțiunii exprimate de substantiv. Analiza aceasta este efectuată pe textele unui bolnav de schizofrenie paranoidă. Datorită lipsei de calități artistice, noi vom analiza textul, considerîndu-l obișnuit, mai mult chiar, vedem aici un mod de comunicare spontan care reflectă cei mai bine trăsăturile gîndirii sale. Textul se caracterizează prin grave disoluții de limbaj, încît, este extrem de fertil în date pentru cel care îl cercetează.

Analiza noastră va încerca să identifice în textele bolnavului de schizofrenie, grupările substantiv—verb, substantiv—adjectiv, cu ceea

ce implică această sintagmă pe plan sintactic : propoziție alcătuită din subiect și predicat verbal sau nominal (exprimat prin adjectiv) sau sintagmă substantiv-atribut (exprimat prin adjectiv). Constatările făcute pe text demonstrează că disoluția noțiunii în schizofrenie poate fi dovedită pe baza analizei lingvistice, pornind de la cele mai evidente fapte de limbă, așa cum apar ele în cadrul acestui tip de comunicare. Astfel, o primă constatare este că în textul analizat lipsește structura simplă a propoziției, alcătuită din subiect și predicat. Exemplele sînt extrem de numeroase ; selectăm cîteva :

VIS *UN INS* CU TRUP ÎNALT
CALE VORBE PLECAȚI
DIG VALURI UDAȚI

(În acest caz, numai dacă vedem în *PLECAȚI* și *UDAȚI* niște imperative, putem stabili o relație între substantivul *VORBE și PLECAȚI*, între substantivul *VALURI* și *UDAȚI).*

VAL, CÎNTEC
DE ALTĂ APĂ
PLAI IUBITĂ
OCHI CA SOARE
COLȚURI BLONDE
FORME
LUME
OCHI
DANS SURÎS URME
CALEA LUMINA

Din aceste exemple se poate constata că lipsește verbul care trebuie să aibă funcția de predicat, necesitatea existenței lui fiind evidentă, deoarece, substantivul se află în cazul nominativ și, implicit, are funcția de subiect. Este limpede că pentru bolnav, aceste substantive nu mai exprimă noțiuni ; ele, de fapt, nu pot să exprime ceva. Din punct de vedere logic, lipsa predicatului înseamnă pierderea elementului abstract, generalizator, care este esențial în definirea noțiunii ; din punct de vedere gramatical, lipsa verbului arată că nu se realizează predicația.

Pentru noi, acest tip de exemple arată evident procesul de disoluție al noțiunii, generat de o gîndire inertă care nu mai are posibilitatea de a stabili relații între diversele elemente. Tipul de organizare lingvistic reflectă acest caracter static. Se observă o înșiruire arbitrară a cuvintelor, de unde și aspectul telegrafiat al comunicării. L.S. Vîgotski arată că : „Tulburarea noțiunilor duce la apariția legăturilor complexuale“ (9). Pentru acest psiholog deosebirea dintre „complex“ și noțiune, constă în următoarele : „indicatorul esențial care deosebește complexul de noțiune, constă în aceea că la baza complexului se află o legătura care unește într-un întreg, o grupă de obiecte diverse ca în cazul noțiunii, dar această legătură are un caracter concret, faptic, spre deosebire de caracterul abstract și general al legăturilor pe baza cărora se formează noțiunea“ (9).

Cel puțin în acest caz, putem dovedi că pierderea relațiilor de tip noțional nu implică pentru schizofrenie înlocuirea lor cu relații de alt

tip : exemplele extrase arată că bolnavul nu stabilește relații între elemente, deoarece, lipsește un termen obligatoriu al relației.

Este adevărat că lipsa verbului demonstrează prin aceea că el poartă nota esențială a noțiunii, că nu mai putem vorbi de generalizare și abstractizare în legătură cu gîndirea schizofrenului. Frecvența mare a substantivului în detrimentul verbului și adjectivului ar demonstra prin apoziție regresul spre o treaptă inferioară a gîndirii, dacă am putea arăta în ce măsură universul schizofrenului devine mai concret. Dar, exemplele pe care ni le oferă textul, ne arată că alt tip de legături iau în schizofrenie locul legăturilor logice.

În niște sintagme de tipul *CONT VINE* DE VREME
TOT NIMENI
NU-S SEMENI
ÎNALT *CĂCIULI VORBESC*,

relația dintre subiect și predicat este, din punct de vedere gramatical corectă, dar dacă ar fi să le analizăm din punctul de vedere al semnificației, concluziile ar fi cu totul opuse.

Ce relație se poate stabili între substantivul *CONT* și verbul *VINE* ? Am putea considera că ne aflăm în fața unei personificări, care să realizeze o concretizare prin verb a substantivului abstract, dar acest lucru nu este adevărat, deoarece, acest trop ar avea menirea de a face prin concretizare ca o realitate abstractă să devină reprezentabilă, or, imaginea aceasta rămîne ireprezentabilă. La fel, în cel de-al doilea caz, am putea crede că este vorba de o metonimie a lucrului, în cazul în care substantivul *CĂCIULI* ar fi substituibil cu substantivul *OAMENI*, dacă, din context nu s-ar deduce lipsa elementului uman. Neputînd fi considerați tropi, cele două sintagme rămîn niște îmbinări de cuvinte, între care singura relație care există este una de tip arbitrar, absurd, ilogic, adică total lipsită de sens.

Frecvența adjectivului este redusă. Dar, fiindcă relația substantiv-adjectiv nu este obligatorie, nu ne putem da seama în ce măsură adjectivul este absolut necesar de marcat. Nu există, de asemenea, substantiv care să impună folosirea unui anume procentaj de adjective. De aceea, nu putem demonstra disoluția noțiunii pe baza structurii sintagmei, ci, analizînd sensul relației care se stabilește între substantiv și adjectiv în cazul în care sintagma aceasta este realizată în text. Aici exemplele sînt revelatoare pentru a sublinia ideea pe care am exprimat-o mai sus : îmbinarea elementelor este făcută arbitrar, nemotivat, absurd, nemijlocind un sens.

BUZE *CITETE*
O BUZĂ *CAM ADMISĂ*
OCHI *EXPEDIOȘI*
ARE *OCHIU STĂTĂTOR*
OCHI *TARI*
ZĂRI *VĂDITE*
IUBITA *PLUTITĂ*

De caracterul arbitrar al formațiilor pe care le realizează schizofrenul ține și explicarea fenomenului de creare a unor cuvinte noi, mai

bine zis, a unor unități grafice, deoarece, unele dintre ele nu au absolut nici un sens, iar altele seamănă numai de departe cu cuvîntul obișnuit de la care s-au derivat.

De exemplu, în PASU *CONVIU*, deducem că al doilea cuvînt poate să fie un adjectiv pentru că însoțește un substantiv, dar, în alte cazuri, nu putem spune nimic despre o astfel de formație, lipsindu-ne orice indiciu prin care l-am putea clasa sau înțelege :

TERIBUL LUI MĂ PERIE
E ÎN MIȘCARE
O DE *MURI*

În exemplul SOMN *MISTERIC*, putem spune că adjectivul provine de la substantivul *mister*, dar sufixul nu este cel indicat, pentru că acesta este, în mod normal, *-ios*, nu *-ic*. Dar chiar dacă am considera că selectarea sufixului s-a făcut defectuos, sintagma tot nu are nici un sens. Caracterul arbitrar al relației dintre substantiv și adjectiv se reflectă și pe plan gramatical. Frecvent lipsește acordul dintre substantiv si adjectiv :

OCHI *MIGNON* (substantivul se află la numărul plural)

FLOARE *BLOND*
RECE BUZE
SCUMP, DULCE URMI
URME *RECENTĂ*

Alteori, deși ar trebui să întîlnim în text un adjectiv, descoperim altă parte de vorbire. De exemplu, în UN FANTE *TOT ATÎT DE CINEMA* avem un substantiv pus la un grad de comparație, ceea ce este cu totul nespecific sistemului limbii. În OCHI TĂI *CASTANI*, deși ar trebui să avem un adjectiv, avem tot un substantiv, dacă nu cumva lipsește articolul ca și în cazul substantivului. Oricum, *castaniu* s-a specializat pentru a exprima o anumită culoare a părului, nu a ochilor ; rezultă că selecția și în acest caz este nemotivată.

N-am întîlnit propoziții cu predicatul nominal exprimat prin adjectiv, nici îmbinări ale substantivului cu numeralul.

În concluzie, putem spune, pe baza analizei, că în schizofrenie apare disoluția noțiunii, fapt datorat pe de o parte de lipsa unor structuri lingvistice (propoziția alcătuită din subiect și predicat) care în planul gîndirii implică neefectuarea judecății, pe de altă parte, de caracterul arbitrar, absurd, nemotivat al unor relații care se stabilesc între elementele comunicării. Deși nu mai putem vorbi de un proces de generalizare și abstractizare în cazul schizofreniei, totuși, nu putem spune că universul bolnavului este mai concret ; acest univers este, totuși, datorită caracterului arbitrar al îmbinării elementelor, unul abstract, artificial. Considerăm, cel puțin, în cazul analizat de noi, că bolnavul nu mai poate stabili raporturi de cunoaștere cu lumea reală ; gîndirii logice normale acesta îi opune o gîndire absurdă, ilogică, lipsită de sens ; de

fapt, în acest caz, nemaiputîndu-se vorbi de gîndire în sensul ei logic, formal sau chiar din punctul de vedere al logicii naturale, ci de structuri infralogice de esență arhi- și paleo-psihică.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Ivănescu G. : *Istoria limbii române*, Edit. Junimea, Iași, 1980.
2. Ivănescu G. : Analele Universității Timișoara. Seria științe filozofice, I, 1963, p. 266.
3. Jakobson R. : *Sciences sociales*, Paris, La Haya, UNESCO, Mouton, 1970, nr. 504—556, pp. 518—521 *La psycholinguistique, antologie realizată și prefațată de Tatiana Slama*, Edit. Klincksieck, Paris, 1972.
4. Petrovici I. : *Teoria noțiunilor*, ediția a II-a, Tipografia Jockey-Club, București, 1925.
5. Piaget J.: *Psihologia inteligenței*, Edit. științifică, București, 1965.
6. Salvat H. : *Inteligență, mituri și realități*, E.D.P., București, 1972.
7. Wald H. : *Probleme de logică*, Edit. Acad. R.S.R., București, 1956.
8. Wald H. : *Introducere în logica dialectică*, Edit. Acad. R.P.R., București, 1959.
9. Vîgotski L. S. : *Opere psihologice alese*, vol. I, E.D.P., București, 1971.

DISSOLUTION OF NOTION IN SCHIZOPHRENY

Summary

Based on the analysis the authors can state that in schizophreny it appears the dissolution of notion a fact due on one hand to the lack of certain linguistic structures (the sentence formed with subject and predicate) which implies at the level of thinking the absence of judgement and, on the other hand, the arbitrary character, unmotivated and absurd, of some relations established between the elements of communication. At least, we consider, in the case analysed by us that the pacient can no longer establish relations of knowledge with the real world. To normal logical thinking he oposes an absurd, ilogical, senseless thinking. In fact, in our case one can no longer speak of thinking in its logical meaning but of infra-logical structures of archi- and paleo-psychic type.

APRECIERI CU PRIVIRE LA ASOCIEREA ÎNTRE FENOTIPURI SPECIFICE (SISTEMUL SANGUIN ABO) ŞI SCHIZOFRENIE

Fl. Teodorescu, R. Duda, Ana Verdeş, Marieta Ocu, Elisabeta Naum

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iaşi
Institutul de Medicină şi Farmacie — Iaşi

SEMNALAREA POSIBILELOR ASOCIERI ÎNTRE UNELE BOLI COmune şi tăsături bine definite, cu determinare genetică („markeri", cu mod de transmitere mendelean), depăşeşte interesul unei simple constatări, implicîndu-se, prin confirmarea etiopatogeniei ereditare în configuraţia factorilor de risc. Între altele, se recunoaşte asocierea ulcerului peptic prepiloric cu grupa sanguină 0 (9), carcinomului de stomac cu grupa A (8), riscul triplu al femeilor cu grupa A (faţă de cele cu grupa 0) pentru complicaţii în procesul de coagulare, după ingestia drogurilor progestative (7) ş.a. Deşi parţial afirmată, rămîne discutabilă asocierea între alcoolism şi componenţii unor sisteme sanguine (ABO, Ss, C_3, ş.a.) (2, 10), daltonism (1), tritanopie (4).

Încercarea de a surprinde o relaţie, după un model identic între grupe sanguine şi unele tulburări psihice (schizofrenie, deficit mintal) (3, 6), a permis, în particular, constatarea unei tendinţe de asociere a schizofreniei cu grupa sanguină A.

În lucrarea de faţă dovedim intenţia de a ne exprima părerea în legătură cu limitele şi semnificaţia unui aspect particular (asociere) înscris în conceptul etiopatogenic al schizofreniei, probînd, în condiţii proprii constatări anterioare.

Material şi metodă. Din populaţia de bolnavi psihici ai unei unităţi de profil (Spit. „Socola), au reţinut atenţia doar cazurile cu diagnostic cert de schizofrenie (total : 422 subiecţi, de ambele sexe), considerîndu-le ca aparţinînd unei populaţii integrate teritorial (Moldova). La consemnarea datelor (în sistemul grupal ABO) s-a acceptat, drept criteriu de delimitare sexul subiecţilor, astfel că eşalonarea frecvenţelor grupale a fost realizaată pentru 226 schizofreni de sex masculin, respectiv pentru 196 schizofreni de sex feminin (tab. I). Pentru alcătuirea lotului martor, dintre pacienţii fără psihodiagnostice majore, s-a păstrat o conduită metodologică similară (total : 1060 indivizi : 477 bărbaţi, 583 femei).

S-a luat în consideraţie, totodată, frecvenţa grupelor sanguine de pe un teritoriu mai larg (România — serie sintetică : 175.337 indivizi) (5).

S-a realizat o prelucrare statistică a datelor (testul „t", Student-Fischer şi testul χ^2), cu raportare reciprocă a subeşantioanelor.

TATBELUL I

FRECVENȚA (%) GRUPELOR SANGUINE OAB ÎN LOTURILE ANALIZATE
(M — martor ; SCH — schizofren)

		O I	A II	B III	AB IV	
Lot I	M (total)	33,63	41,93	16,83	7,62	(5)
Lot II	M (total)	33,40	44,16	14,81	7,61	
Lot III	M (fem.)	32,24	43,02	15,80	8,92	
Lot IV	M (masc.)	34,83	45,33	13,81	6,11	
Lot V	SCH (total)	34,10	42,66	15,23	8,01	
Lot VI	SCH (fem.)	30,62	45,44	14,80	9,13	
Lot VII	SCH (masc.)	37,14	40,03	15,52	7,40	

Rezultate. Trecerea în revistă a distribuției valorilor grupale ne prilejuiește următoarele constatări : .

Frecvențele de reprezentare a grupelor sanguine în eșantionul martor total „propriu“ (II), aproximează frecvențele seriei generale „sintetice“ (I) (5). Diferențele între loturi sînt nesemnificative, astfel că discutarea și interpretarea rezultatelor uzează de această conjunctură.

Între cele două loturi „totale“ (martori (II) — schizofreni (V)), se constată deosebiri exprimate procentual : mai mulți schizofreni cu grup 0 ; mai mulți martori cu grup A. Din punct de vedere statistic, diferențele nu sînt semnificative ($P > 0,05$) (tab. II).

TABELUL II

EXPRIMAREA STATISTICĂ A DIFERENȚELOR ÎNTTRE LOTURILE DE REFERINȚĂ (TESTUL „t“, STUDENT-FISCHER)

Loturi II—V	O I	$t = 0,26$;	$P > 0,05$	dif. nesemnific.
	A II	$t = 0,57$;	$P > 0,05$	„
	B III	$t = 0,19$;	$P > 0,05$	„
	AB IV	$t = 0,27$;	$P > 0,05$	„
Loturi III—VI	O I	$t = 0,42$;	$P > 0,05$	„
	A II	$t = 0,59$;	$P > 0,05$	„
	B III	$t = 0,33$;	$P > 0,05$	„
	AB IV	$t = 0,08$;	$P > 0,05$	„
Loturi IV—VII	O I	$t = 0,59$;	$P > 0,05$	„
	A II	$t = 1,33$;	$P > 0,05$	„
	B III	$t = 0,59$;	$P > 0,05$	„
	AB IV	$t = 0,62$;	$P > 0,05$	„
Loturi III—IV	O I	$t = 0,90$;	$P > 0,05$	„
	A II	$t = 0,74$;	$P > 0,05$	„
	B III	$t = 0,91$;	$P > 0,05$	„
	AB IV	$t = 0,75$;	$P > 0,05$	„
Loturi VI—VII	O I	$t = 1,41$;	$P > 0,05$	„
	A II	$t = 1,13$;	$P > 0,05$	„
	B III	$t = 0,20$;	$P > 0,05$	„
	AB IV	$t = 0,63$;	$P > 0,05$	„

„t“ tabelar = 1,96

Testul χ^2 nu evidențiază, de asemena, diferențe semnificative (= 0,365 ; $p > 0,05$).

Procentual, între loturile martor (feminin (III) — masculin (IV)) sînt sesizate valori diferite la nivelul tuturor celor 4 grupe. Diferențele sînt însă, nesemnificative ($P > 0,05$) ; constatările sînt similare și la aplicarea testului χ^2 (= 4,454). (χ^2 tabelar = 7,815).

Cele mai accentuate deosebiri ale frecvențelor (în special grupa O I și A II), se constată prin comparația intersex a schizofrenilor (feminin (VI) — masculin (VII)). Proporția bărbaților schizofreni, de grup O I, depășește pe cea a femeilor cu același grup (diferența 6,62) ; mai multe femei decît bărbați cu schizofrenie pare a poseda grupul A II (diferența 5,41). Diferențele sînt statistic nesemnificative ($P > 0,05$). Testul χ^2 nu susține semnificația diferențelor (= 2,445).

Prin comparații interloturi, pentru același sex se constată că :

a) între martori (III) și schizofreni (VI), de sex feminin, deși există diferențe la nivelul fiecărui grup acestea sînt reduse valoric. Ele nu sînt asigurate statistic ($P > 0,05$) ; observația este valabilă și pentru testul χ^2 (= 0,501).

b) între martori (IV) și schizofreni (VII), de sex masculin, diferențele sînt în contrasens cu configurația precedentă. Acestea par mai accentuate pentru grupul A II, unde procentul de schizofreni este diminuat. În general, diferențele sînt nesemnificative ($P > 0,05$), cu o tendință spre semnificație statistică ($t = 1,33$) la grupul amintit. Și în această situație, valoarea χ^2 indică o diferență nesemnificativă (= 2,075).

Discuții și concluzii. Observațiile proprii nu confirmă părerea (3, 6) despre o posibilă asociere între boala schizofrenică și grupe sanguine ale sistemului ABO. Impunerea și respectarea unor norme stricte de realizare a studiului (loturi lărgite, relativ omogene, diferențiate după sex, raportări multiple, siguranța diagnosticului) au asigurat certitudinea rezultatelor. De altfel, analiza și interpretarea datelor prin prisma implicațiilor cu semnificație în populație se restrîng, practic, la nivelul grupelor cu pondere de reprezentare (O I și A II). Pentru grupul de schizofreni sesizăm, în cadrul acestor limite, o aparentă „tendință" de diferențiere intersex (prelucrare statistică). Aceasta este parțial anulată prin raportarea la martori cu același sex.

Semnalăm, totuși, ca exprimare a unei „tendințe" (prelucrare statistică) incidența mai redusă a grupului A II în lotul bărbaților schizofreni. Unele formulări, chiar timide, cu conținut prognostic par totuși hazardante ; cu atît mai mult se impune observarea unor grupuri populaționale suplimentare.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Cruz-Coke R., Varela A. : Lancet, 1965, vol. 2, pp. 1348—1349.
2. Hill S. Y., Goodwin D. W., Cadoret R., Osterland C. K., Doner S. M. : J. Stud. Alc., 1975, vol. 34, nr. 7, pp. 981—984.

3. Irvine J. H., Myashita N. M. : Cann. Med. Ass. J., 1965, vol. 92, pp. 551—553.
4. Mardones J. : Ann. N. Y. Acad. Sci., 1972, vol. 197, pp. 138—142.
5. Necrasov Olga, Botezatu D., Iacob M. : Annu. Roum. Anthrop., 1967, nr. 4, p. 17.
6. Nordmo S. H. : Amer. J. Psych., 1959, vol. 116, pp. 460—461.
7. Omenn G. : Ann. N. Y. Acad. Sci., 1972, vol. 197, pp. 126—128.
8. Swinson R. P. : Ann N. Y. Acad. Sci., 1972, vol. 197, pp. 129—133.
9. Swinson R. P., Madden J. S. : Q. J. Stud. Alc., 1973, vol. 34, p. 64.
10. Winokur G., Tanna V., Elston R., Go R. : J. Stud. Alc., 1976, vol. 37, nr. 9, pp. 1313—1315.

ESTIMATION OF THE ASSOCIATION OF SPECIFIC PHENOTYPES (BLOOD SYSTEM ABO) AND SCHIZOPHRENY

Summary

The authors takle again the idea of a possible association between schizophreny and blood groups (AB0 system) which they discuss according with their experience. Although by means of percentage it is found a series of distinctions between the reported groups (422 schizophrenics and 1060 controls, respectively, of both sexes), the differences are not statistically significant. The authors signal a reduced incidence of the blood group A II in schizophrenic males estimating the situation as a „tendency" of association.

TULBURĂRI FUNCȚIONALE ÎN GASTROENTEOROLOGIE

C. Stanciu

Secția Clinică de Gastroenterologie — Spitalul Nr. 1 Iași

TULBURĂRILE „FUNCȚIONALE“ SAU „NEVROTICE“, PRIN DEFINIȚIE, apar în lipsa oricărui substrat anatomopatologic sau biochimic și reprezintă unul dintre cele mai complexe componente ale practicii medicale actuale. Mai frecvente în gastroenterologie decît în orice altă specialitate a medicinii interne (25% dintre bolnavii examinați), tulburările funcționale sînt răspunzătoare de multă suferință și îngrijorare, numeroase și costisitoare investigații, precum și un număr ridicat de zile de incapacitate temporară de muncă (2).

Obișnuiți să trateze boli organice, medicii generaliști și specialiști (interniști și chirurgi) acordă mai puțină importantă tulburărilor funcționale. Trebuie însă subliniat că în special în patologia digestivă, granița dintre „funcțional“ și „organic“ este dificil de trasat; de aceea, asistăm frecvent la incriminarea ca organice a unor tulburări funcționale și invers, la negarea caracterului organic a altora. „Aventura pe graniță“ a așa-ziselor „colite“, „diskinezii“ și „gastrite“ este notorie.

Scopul acestui referat este în primul rînd de a atrage atenția medicului practician asupra tulburărilor funcționale întîlnite în gostroenterologie (1). Anamneza corectă și atentă, dublată de un examen obiectiv complet, reprezintă cheia diagnosticului, care poate fi confirmat prin 2—3 investigații corespunzătoare. Bolnavul poate fi apoi asigurat că nu are o boală digestivă serioasă, tratat corespunzător și, mai important, scutit de un număr nesfîrșit de consultații și investigații care nu fac altceva decît să multiplice anxietatea și hipocondria acestuia.

În cele ce urmează, trecem în revistă principalele tulburări funcționale prezente la pacienții care solicită consultații în cabinetele de gastroenterologie.

Durerea abdominală reprezintă simptomul cel mai frecvent întîlnit la bolnavii cu afecțiuni digestive. Interpretarea corectă a durerii depinde în mare măsură de caracterele ei (sediu, intensitate, iradiere etc), care trebuie să fie perfect cunoscute de medic. De aceea, anamneza completă și amănunțită a durerii are o importanță excepțională în stabilirea unui diagnostic. Originea durerii abdominale este multiplă:

1. viscerală (terminațiile senzitive ale nervilor vegetativi);
2. vasculară (terminațiile senzitive ale nervilor somatici și vegetativi);

3. parietală (fibrele senzitive ale nervilor spinali) ;
4. centrală (sistem nervos central).

Următoarele criterii pledează pentru originea funcțională, psihogenă, a durerii abdominale :

1. discrepanța între severitatea durerii descrisă de bolnav și comportamentul său ; nu rareori, deși dramatizează și folosește toate superlativele intensității durerii, bolnavul apare calm și chiar zîmbitor în timpul examinării ;

2. debutul durerii este obișnuit legat de o perioadă de stress psihologic ;

3. anamneza decelează existența în trecut și a altor tipuri de durere, care a fost obiectul unor investigații multiple sau chiar a unor intervenții chirurgicale, fără confirmarea unor cauze somatice ;

4. descrierea durerii este mai vagă, mai personală și simbolică.

Grețurile și vărsăturile. Greața reprezintă o senzație tradusă prin dorința iminentă de a vărsa. Vărsătura este un act reflex, avînd un centru vomitiv și căi centripete și centrifuge. Cauzele vărsăturilor sînt numeroase și variate ; după modul de excitare a centrului vomitiv, vărsăturile se clasifică în centrale (afecțiuni ale sistemului nervos central, intoxicații endogene, tulburări vestibulare etc) și periferice (afecțiuni gastrice, intestinale, peritoneale, etc.). Înainte deci de a se accepta originea funcțională a grețurilor și vărsăturilor, trebuie excluse toate cauzele organice. Stările emoționale (și în general stressul) sînt deseori însoțite de grețuri și vărsături ; în unele cazuri, vărsătura (în special dimineața) poate deveni chiar obișnuință.

Disfagia este definită ca dificultatea în înghițirea alimentelor, cu senzația de oprire a bolului alimentar de-a lungul esofagului. Deseori însă, în urma unei stări tensionale, apare senzația de „nod în gît" între mese (globus histericus).

Regurgitația și eructația sînt frecvent întîlnite la persoanele cu tulburări de psihonevroză.

Diareea și constipația însoțesc adesea o tulburare a echilibrului neurovegetativ, o proporție importantă a pacienților asociind apariția sau exacerbarea acestor simptome cu stressul, suprasolicitările nervoase sau traumele psihice. Exemplul tipic îl constituie „colonul iritabil" (sinonime : colita mucoasă, diareea nervoasă).

În concluzie, tulburările funcționale (3) reprezintă un capitol important în gastroenterologie, iar „conflictul de graniță" dintre funcțional și organic rămîne permanent, necesitatea consensului de etapă impunîndu-se pentru orientarea în diagnostic și terapeutică.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Glaser I.P., Engel G.L. : Clinics in Gastroenterologys, 1977, nr. 3, p. 507.
2. Nicolaescu T. : Viața medicală, 1980, nr. 9, p. 427.
3. Stanciu C. : *Gostroenterologie practică*, Edit. Junimea, Iași, 1976.

FUNCTIONAL DISORDERS IN GASTRO-ENTEROLOGY

Summary

The author draws the attention of physicians on the importance of functional disorders met in gastro-enterology underlining the necessity of a careful, correct anamnesis doubled by a complete check-up.

The abdominal pain, nauseas, vomits, disphagy, diahrrea and constipation are the main disorders in pacients.

In conclusion, the borderline conflict between functional and organic in gastro-enterology remains permanent, the necessity of a consensus of the stage imposing itself for guiding the diagnosis and therapy.

CRITERII DE DIAGNOSTIC ÎN ANOREXIA NERVOASĂ

Vera Pencea

Institutul de Medicină și Farmacie Iași

FRECVENȚA ÎN CREȘTERE A ANOREXIEI NERVOASE (14, 27) ȘI eficiența redusă a terapiei au făcut ca psihiatrii americani să considere această boală drept o importantă și actuală problemă de sănătate. Aceste considerente ne-au determinat să încercăm o sinteză a datelor din literatură și a experienței proprii privind posibilitățile clinice și paraclinice de diagnostic, precum și opțiunile asupra mijloacelor terapeutice.

Termenul de „anorexie nervoasă" (AN), propus în 1874 de Gull (22), corespunde de fapt „anorexiei histerice", descrisă cu un an înainte de către Lassègue (29), denumită ulterior de către Huchard (26) „anorexie mintală".

Afecțiunea este mai frecventă la fete tinere, în perioada pubertară, evoluînd cu o manifestare abiorexică. De relugă, subiectele atinse au o personalitate ușor influențabilă, au avut o copilărie „model" și părinți rigizi, îndeosebi în problema așa ziselor „succese școlare". Trăsături particulare ale personalității și ale afectivității stau la baza decompensării care poate surveni în perioadele de salturi biologice. Un număr de cazuri provin, în mod surprinzător, dintre practicanții jogging-ului, efortul fizic fiind, în acest caz, o modalitate pentru a evita senzația de foame. Adeseori, AN apare legată de o veritabilă teamă de obezitate, care nu cedează nici cînd greutatea corpului scade sub 25% față de ponderea inițială, ceea ce pune în pericol însăși viața bolnavului. În teza sa din 1976, Berliner (5) a arătat că AN a adolescentului se diferențiază printr-o psihopatologie particulară, prin semne somatice accentuate și prin severitatea prognosticului.

Concluziile noastre sînt bazate pe studiul unui grup de 9 cazuri de AN, de sex feminin, cu vîrsta cuprinsă între 15 și 20 de ani. Din anamneză a rezultat că în toate cazurile perioada de debut a bolii a coincis cu evenimente care au avut un impact negativ asupra stării afective a bolnavelor. Clinic, boala s-a caracterizat prin amenoree, anorexie, comportament „activ", acrocianoză marcată, oligodipsie, constipație, bradicardie, hipotermie, semne care se manifestau în contextul unei scăderi severe a greutății corporale. Anorexia era însoțită de o intensă activitate psihică și fizică și de ușurință în a suporta foamea. În cazurile noastre, diagnosticul de AN a fost stabilit pe baza criteriilor propuse în 1972 de Feighner și col. (17) : debut sub vîrsta de 25 de ani ; anorexie și scădere ponderală cu cel puțin 25% din greutatea corporală ; amenoree ; atitudine negativă

implacabilă față de alimentație (negarea nevoilor nutriționale, satisfacție determinată de scăderea în greutate, perturbarea imaginii asupra propriului corp prin dorință pentru o slăbire extremă, preocupare exagerată pentru manipularea și stocarea hranei); absența unei boli somatice care ar putea explica anorexia și scăderea în greutate; absența unei boli psihiatrice și cel puțin unul din semnele următoare: lanugo, bradicardie, hipotensiune arterială, hiperactivitate, bulimie, vărsături (voluntare sau nu). La această listă au fost adăugate de către Codaccione și col. (13) constipația și abuzul de laxative și/sau de diuretice. În 1978, Russel (36) simplifică acest inventar de simptome, considerînd patognomonică următoarea triadă: scăderea voluntară în greutate, amenoree precoce și teama exagerată și persistentă de a deveni obez.

În AN se constată și o serie de manifestări endocrine, cele mai atinse fiind axele hipotalamo-hipofizo-ovariană și hipotalamo-adrenală (39). Au fost descrise chiar subtipuri de AN, în funcție de profilul hormonal (20).

Dozările biologice ale gonadotropilor urinari, ca și determinările radioimunologice plasmatice au arătat valori scăzute (5, 10, 13) mai interesată fiind diminuarea LH-ului decît cea a FSH-ului (35), care cel puțin în perioada de debut a bolii, se menține la valori normale (13). Stimularea simplă a gonadotropilor prin LH-RH determină, la acești bolnavi, modalități diverse de răspuns, de la nul pînă la normal (6). În schimb, stimularea repetată cu LH—RH produce creșterea gonadotropilor (43) și uneori maturație foliculară și ovulație (34). Perfuzia prin LH-RH, la bolnavii anorexici cu pierdere de greutate peste 30% față de ponderea ideală, nu provoacă nici un răspuns, deși în cazuri rare, răspunsul poate fi normal (13). Estrogenii nu cresc secreția de LH, iar citratul de clomifen nu determină eliberarea rapidă a acestui hormon, răspunsul devine însă normal după revenirea parțială sau totală a greutății corporale. Alterarea eliberării hormonilor gnadotropi (41) și absența retrocontrolului pozitiv al estrogenilor (10), demonstrează existența unui deficit funcțional hipotalamo-hipofizar pe axă gonadotropă.

După Alvarez și col. (2), la o treime dintre anorexicii mintali se constată o creștere a STH-ului. Administrarea TRH determină o creștere explozivă a acestei secreții (31), iar insulina un răspuns moderat, neabolit prin administrarea de bromocriptină. Somatomedina, este scăzută, fenomen în relație directă cu pierderea ponderală (20). În AN prolactinemia este normală (6, 11). Stimularea cu TRH produce ca la normali creșterea prolactinemiei. Amenoreea, a fost atribuită unui sindrom hiperprolactinic (25) dar ipoteza a fost infirmată ulterior (11). Unele succese obținute cu bromocriptină de către Seppala și col. (37), se pot explica prin acțiunea dopaminergică.

La bolnavii cu AN, secreția pulsatilă de ACTH diminuă. Ritmul circadian al cortizolului este conservat, în schimb, se constată o creștere semnificativă a cortizolului plasmatic, cu inhibare redusă la administrarea dexametazonului (8, 42). Aecastă hiperactivitate este legată de dezordinile psihologice și de malnutriție. Smith și col. (38), constată o diminuare a clearance-ului metabolic al cortizolului secundară unui deficit în 11-OH-dehidrogenazei.

În AN se constată o scădere a T_3 și creșterea nivelului circulant al rT_3 (mai puțin activ). T_4 și TSH sînt normale, rareori scăzute. Tiroliberina (TRH) crește secreția de TSH (32). Bruman și col. (9), au arătat că există o conversie preferențială a T_4 în rT_3. Acest hipotiroidism apare ca rezultat al denutriției (40) și reprezintă o formă de economisire a energiei (12). În AN cantitatea plasmatică și urinară de estrogeni este mai accentuat scăzută față de celelalte forme de amenorei psihogene, fără a exista un raport direct cu deficitul ponderal. Secreția de estradiol și conversia sa în estronă este diminuată, iar formarea de catecholestrogeni este crescută, comparativ cu femeile tinere normale (19). Acțiunea crescută a 16-alfa-hidroxilazei explică excesul conversiei testosteronului în estriol. Testosteronul este crescut în AN. Deficitul în 5-alfa reductază explică insuficiența transformării testosteronului în androstendion (4). Diminuarea 5-alfa reductazei a fost explicată

prin scăderea T_3-ului. Raportul androsteron/etiocolanolon este scăzut cu 50% față de valorile normale, și este ameliorat prin administrarea de T_3 sau chiar numai prin creșterea greutății corporale.

Recent, a fost semnalată creșterea frecvenței AN la cei cu diabet zaharat juvenil (16, 21, 23) și ameliorarea clinică a diabetului secundar unei concentrații suficiente de C peptide, care mențin glicemia la valori aproximativ normale prin capacitatea reziduală a celulelor beta de a secreta insulină. Legătura insulinei de eritrocite și monocite crește, fenomen ce dispare, odată cu echilibrarea ponderală (24). În AN ar exista un hiperinsulinism și/sau o amplificare a sensibilității receptorilor față de insulina endogenă (7). Deși, AN este prototipul unui sindrom psihogenic, bolnavii studiați de noi s-au prezentat la consultații cu o pierdere severă a greutății, explicată prin diferite diagnostice înaintea celui real. Scăderea hormonilor gonadotropi diferențiază amenoreea din AN de cea psihogenă fără pierderea ponderală marcată, valorile LH și FSH în acest ultimul caz, menținîndu-se în limite normale (28). În amenoreea hipotalamică FSH-ul este scăzut iar „vîrful" LH-ului este mai puțin amplu după administrarea estrogenilor, fiind absent în AN și în amenoreea hiperprolactinică.

Originea AN este multifactorială (10). Afectarea hipotalamică și nu hipofizară este esențială în această afecțiune (43). Apariția amenoreei înaintea scăderii ponderale și persistența tulburărilor menstruale la 45% dintre bolnave după restabilirea greutății corporale, demonstrează implicarea altor factori, cu preponderență psihologici.

Barry și Klavans (3), consideră AN ca o anomalie primitivă a aminelor cerebrale. Posibilitatea funcționării defectuoase a unui neurotransmițător sau a metaboliților săi poate fi luată în considerație ca factori primari sau secundari (15). Valoarea urinară a 3-methoxy-4 hydroxyphenil-ethylenglycol (MHPG) metabolit major al noradrenalinei cerebrale este scăzută, iar revenirea la normal apare odată cu restabilirea greutății corporale (1, 14). Această diminuare poate fi pusă în relație și cu simptomele depresive constatate pînă la 46% dintre anorexicii mintali. Funcția unui neurotransmițător ar putea fi întreruptă la oricare dintre nivelurile sale printr-un fenomen biochimic. În AN creșterea catecholestrogenilor are mai multe implicații, pe lîngă faptul că sînt mai puțini activi decît estrogenii primari și competiționează pentru situsurile estrogenilor, deprimă inactivitatea mediată prin COMT a neurotransmițătorilor catecolaminici și limitează transformarea tirozinei în DOPA. Creșterea activității dopaminergice și/sau stimularea prelungită a receptorilor centrali au fost incriminați în instalarea dezordinelor hipotalamice. Mecanismele serotoninergice, care controlează sațietatea pe calea nucleului ventromedian și rezultatele favorabile terapeutice obținute prin antiserotoninergice, justifică ipoteza implicării acestui sistem în fiziopatologia AN. De asemenea, trebuie subliniată intervenția opiaților endogeni care s-au dovedit că modifică comportamentul alimentar, psihomotor, psihoafectiv și psihosenzorial.

Tratamentul de preferat în etapa actuală a cunoștințelor constă în izolarea bolnavului de mediul familial, în echilibrarea hidro-electrolitică și nutritivă, în instituirea unei medicații psihotrope (sulpiridul) și antiserotoninergice (cyproheptadina, methsergidul), asociată unei supravegheri stricte din partea personalului sanitar, special instruit pentru a ști cum să procedeze cu acești bolnavi (30). După restabilirea parțială

a greutății corporale, administrarea estrogenilor naturali conjugați și lynestronului a dus la reapariția ciclului ovarian. De regulă, un răspuns la LH—RH în care raportul LH/FSH este egal sau superior lui 3 (caracteristic perioadei de activitate genitală) constituie un prognostic favorabil, care arată că în lunile următoare se vor restabili ciclurile menstuale și concomitent, se va produce vindecarea clinică.

Bibliografia la autor.

DIAGNOSTIC CRITERIA IN NERVOUS ANOREXY

Summary

The paper contains a number of 9 females aged 15—20 years with the diagnosis of nervous anorexy seteled on the basis of the criteria proposed by Feighner. The debut of the disease was connected to psycho-stressant situations. The pacients showed loss of weight, and hormonal changes : the raise of somatothrops secretion, testosteron and insullin and the decrease of triiodotironin and gonadothrops and estrogens.

In conclusions they appreciate that in the nervous anorexy there is a hipothalamo-hipophizic functional carence on gonadothrop axis and may be incrimi-nated the defectuos functiniong of the neurotransmitters and some of the metabolits (MHPG).

ROLUL FACTORULUI ENDOCRIN ÎN DETERMINISMUL TULBURĂRILOR DINAMICII SEXUALE MASCULINE

E. Zbranca, Voichița Mogoș
Institutul de Medicină și Farmacie — Iași
Clinica de Endocrinologie

OMUL ESTE PRIN EXCELENȚĂ UN SUBIECT RELAȚIONAL CARE este creat și se desăvîrșește prin contactele cu semenii. Sexualitatea este un parametru în funcție de care se poate aprecia normalitatea individului și care condiționează comportamentul social creator al acestuia. În sens strict, impotența definește imposibilitatea intromisiunii, dar din rațiuni practice în această categorie intră anejacularea și ejacularea precocissimă. Social și demografic, impotența are consecințe mai mari decît frigiditatea deoarece interferează cu fertilitatea cuplului.

Frecvența impotenței depinde de vîrstă : 1‰ la 20 de ani, 8‰ la 30 de ani, 19‰ la 40 de ani, 67‰ la 50 de ani, 84‰ la 60 de ani. La 80 de ani, 25% dintre bărbați mai sînt capabili de activitate coitală normală.

Premiza unei sexualități normale este armonia dintre sexul penetic, fenotipic și psihoeducațional, ultimele două expresii ale sexualizării fiind edificate activ de către androgini. Coitul complet presupune un apetit sexual suficient pentru o parteneră de sex feminin, efecție și ejaculare normală, orgasm satisfăcător. Sistemul nervos intervine prin intermediul rinencefalului, substanței reticulate și hipotalamusului care emit impulsuri către structurile efectorii prin intermediul releului medular. Chiar avînd în vedere această schemă simplificată a actului sexual, se poate aprecia că tulburările implicate în geneza impoteneți sînt, cel puțin teoretic, extrem de numeroase.

Orice anomalie genozomială poate antrena modificări de intensitate diferită a sexualizării somatice și a contextului endocrin cu implicații psihologice și comportamentale. În sindromul Klinofelter, genotip 47 xxy, cu azoospermie, androgenizare somatică deficitară și disociație peno-orhitică, TDS se instalează în general după 30 de ani. Din cei 84 de bolnavi aflați în evidența noastră, 40% prezentau în momentul internării TDS manifestate prin ejaculare precoce, anejaculare sau impotență. Libidoul era normal orientat, iar relațiile familiale erau perturbate ades de impulsivitatea caracteristică a acestor bolnavi. Tratamentul cu androgeni a avut efecte salutare în toate cazurile.

Rolul organizațional al androgenilor asupra dezvoltării somatice, neuropsihice și comportamentale a bărbatului poate fi perturbat în ca-

drul unor sindroame, dintre care cele mai cunoscute sînt cele de rezistență la androgeni. În forma completă de manifestare — testicului feminizant, nu se poate pune practic problema impotenței, deoarece fenotipul, identitatea de gen și inserția socială a acestor subiecți sînt de tip feminin. Deținem în cazuistica serviciului, 5 cazuri de sindrom Reifenstein, de rezistență incompletă la androgeni, cu hipospadias și ginecomastie. Corectarea malformației peniene, face posibil teoretic coitul.

Insuficiența orhitică primară sau secundară unui deficit de LH-RH cu instalare prepubertară determină impotență primară organică. În cele 11 cazuri de sindrom olfacto-genital, din cazuistica noastră, tratamentul cu androgeni a fost salutar în ceea ce privește sexualizarea somatică și dinamica sexuală, dacă terapia a fost permanentă. La bolnavii la care diagnosticul a fost tardiv, se remarcă inconsecvență în administrarea tratamentului și dezinteres față de sexualitate pe fondul unui psihic cu note de infantilism.

Un mare contingent de bolnavi cu TDS a fost recrutat din rîndul purtătorilor de tumori hipofizare. Tumorile prolactinice au cea mai rea reputație în acest sens. Din 116 bolnavi spitalizați pentru tumori somatotrope, 44 au fost bărbați, prezentînd în proporție de 14% TDS instalate cu 1—10 ani înainte de internare. În adenoamele prolactinice TDS marchează constant debutul afecțiunii dar sînt remisibile sub bromocriptină și iradiere. Din 164 tumori hipofizare nesecretante, 64 s-au dezvoltat la bărbați. Impotența apărută la 24% dintre cazuri, persistă frecvent după iradiere sau cură chirurgicală. Indiferent de evoluția sindromului tumoral, androgenoterapia a avut rezultate favorabile cu condiția unei bune echilibrări metabolice.

TDS apărute în cadrul altor maladii endocrine, hipocorticisme, hipo sau hipertiroidie sînt susceptibile de remisiune prin tratarea afecțiunii primare.

Cazuistica ambulatorie abundă de consultații acordate pentru TDS. Frecvența cazurilor cu TDS oscilează între 29—39‰. Predomină subiecții cu vîrste tinere care au probabil o mai bună adresabilitate. Sînt situații etichetate de noi drept psihogene, care se aglomerează între 20 și 30 de ani, dominate de condiții ambientale nefavorabile, lipsa rodajului conjugal, educație represivă a pulsiunilor sexuale, teama de o paternitate nedorită. Incidența mult mai mare la cei din mediul urban este legată probabil de o adresabilitate mai corectă și de fenomenul de urbanizare a populației în general.

Concluzii. Factorii genetici și endocrini sînt elemente determinante în sexualitatea masculină, fiind direct responsabili de edificarea caracterelor sexuale primare și secundare care anticipează și condiționează dezvoltarea neuro-comportamentală. Condiționarea endocrină a comportamentului sexual, mai veche pe scară filo-genetică este mult mai stabilă în raport cu factorii ambientali. Aceasta ar explica de ce TDS de natură endocrină sînt mult mai rare decît cele psihogene care pot fi în relație cu o multitudine de factori economici, educaționali, socio-culturali.

Efectul deficitului androgenic este cu atît mai grav cu cît instalarea acestuia este mai precoce în raport cu sexualizarea prenatală sau pubertară. Absența androgenizării prepuberale antrenează deopotrivă impotența primară și absența libidoului, în timp ce carența postpubertară permite conservarea libidoului.

Bolnavii diagnosticați tardiv sînt indiferenți față de problemele sexuale și inconsecvenți cu terapia, în timp ce bărbații la care TDS s-au instalat după o perioadă de activitate sexuală normală sînt mult mai interesați în restabilirea dinamicii sexuale.

Nu am notat deviații ale comportamentului sexual la bolnavii spitalizați de noi, dar aceasta nu înseamnă că ele pot fi excluse numai pe baza unor simple declarații.

Cu excepția TDS care apar în sindroamele de insensibilitate la androgeni, formele de etiologie endocrină sînt susceptibile de vindecare, cu condiția unei adresabilități corecte și a consecvenței în administrarea terapiei cu androgeni.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Baccon G. : Nouvelle Presee Med. 1976, nr. 7, pp. 4221—4224.
2. Battino J. : Gaz. Med. de Franç. 1983, nr. 21, pp. 2001—2004.
3. Benedetti G. : Hexagon Roche, 1979, nr. 6, pp. 10—15.
4. Buvat I. : Gaz. Med. Franç., 1983, v. 9, nr. 21, pp. 2013—2018.
5. Dermange H. : Gaz. Med. de Franç. 1983, v. 9, nr. 21, pp. 2019—2022.
6. Gloor P. A. : Rev. Thérapeutique, 1981, v. 38, nr. 11, p. 1089.
7. Genne L. : Med. et Hyg. 1979, nr. 37, pp. 1766—1773.
8. Leriche R. : Annales de Med. Physique. 1978, v. 21, nr. 4, p. 379.
9. Mayerson B. J. : Medical Biology, 1979, nr. 57, pp. 69—83.
10. Stenchever Morton R. : *Human Sexual Behaviour*. 1970, Year Book of Medical Publishers Chicago.
11. Volcher R. : *Encyclopedie de la sexualité*. 1973. Edit. universitaire, Paris.

THE ROLE OF THE ENDOCRINE FACTOR IN THE DETERMINISM OF THE MALE SEXUAL DYNAMIC TROUBLES

Summary

The sexual hormones determine the individual's somatic and psychological development, neccessary to a normal sexuality. Changes in the organisational role of androgens cause an important trouble of sexuality up to building a phenotipical and psychoeducational sex different from the genotipe. The troubles of pubertal development and postpubertal fall of androgen secretion de not cause changes in sex identity, but it determines importance. Irrespective of the etiology these troubles can be cured with androgens that favour a normal somatic development and proper sexual dynamics. Most of the pacients suffering from sexual problems have got pituitary tumours. Their sexual dynamics can be completly reversed. In outpacients, the psychogenetic problems are dominant. The endocrine troubles of sexual dynamics come foremost due to their favourable prognosis.

TERAPIA COMPLEXĂ A ANOMALIILOR DE DIFERENȚIERE SEXUALĂ

E. Zbranca, V. Tiron, V. Mogoș, C. Gălețanu, I. Dudeanu, A. Rugină, Al. Botez, R. Moscovici, S. Botez, M. Covic, G. Ionescu

Institutul de Medicină și Farmacie — Iași
Clinica de Endocrinologie

ÎN SENS STRICT INTERSEXUALITATEA SEMNIFICĂ PREZENȚA organelor genitale externe intersexuate. În sens mai larg însă, toate dezordinile diferențierii sexuale prenatale pot fi considerate ca determinînd o stare de intersexualitate. Anomaliile diferențierii sexuale sînt multiple. Acestea pot fi clasate în 3 mari grupe : a) anomalii ale dezvoltării gonadale (ca rezultat al unui set anormal de cromozomi) ; b) anomalii ale dezvoltării genitale în prezența unor testicoli normali și de obicei cu set normal masculin de cromozomi (pseudohermafroditism masculin) ; c) anomalii ale dezvoltării genitale în prezența unor ovare normale și cu set normal feminin de cromozomi (pseudohermafroditism feminin).

În sens mai larg stările de intersexualitate pot fi și cîștigate, post natale, traducîndu-se prin hirsutism și virilizare la femeie, ginecomastie și feminizare la bărbat.

Constatarea unei anomalii a diferențierii sexuale pune clinicianului o serie de probleme. Este necesară precizarea tipului și cauzei intersexualității, și a anomaliilor hormonale ce au indus-o etc.

Un grup suficient de numeros l-a constituit cel al sindromului Turner. În cazuistica noastră întîlnim atît forme tipice, cu cariotip 44 XO, cît și forme atipice cu diverse variante cromozomice. S-a făcut un tratament oestoprogestativ cu scop de a permite o feminizare morfotipică, o dezvoltare și o troficitate adecvată a vulvei, vaginului, glandelor mamare și uterului și provocarea unor hemoragii de deprimare („menstre artificiale"). Acest din urmă aspect al tratamentului are un efect psihologic favorabil evident. În felul acesta bolnavele sînt pregătite hormonal pentru a avea și o viață sexuală normală cu rezerva sterilității, de obicei greu acceptată.

Un alt grup de bolnavi cu anomalie a diferențierii gonadale îl constituie *Sindromul Klinefelter*. Seria de bolnavi diagnosticați și tratați în Clinica Endocrinologică este de 84. Studiile genetice au arătat prezența cromatinei X la toți acești bolnavi, formula cariotipului XXY la 79 dintre ei, iar la ceilalți 5 diverse mozaicuri (Tabel 1).

TABELUL 1

EXPLORĂRI GENETICE ÎN SINDROMUL KLINEFELTER

	Cromatină X pozitivă	Cariotip		
		XXY	XXY/XX	XY/XXY/XXXY
Nr. bolnavi	84	79	4	1
Procent	100%	94,04	4,76	1,20

Supermograma indica : 72 bolnavi cu azospermie și 2- oligospermie. La 10 bolnavi nu s-a putut recolta sperma pentru examen. Ambii bolnavi cu oligospermie prezentau mozaicism cu linii celulare normale XY. 54 dintre bolnavii Klinefelterieni din seria noastră erau căsătoriți. Unul dintre bolnavii cu oligospermie și mozaicism și 2 azospermie și formulă cromozomială XXY avea copii în cadrul cuplului marital. Nu s-au practicat teste de paternitate. S-au notat tulburări neuropsihointestinale. Frecvent s-a constat oligofrenie. Marea majoritatea a bolnavilor prezentau o labilitate a dispoziției și sentimentelor, lipsă de perseverență, timiditate ,momente de impulsivitate, slabă încredere în sine, sexualitate imatură. În toate cazurile terapia a constat în corectarea deficitului hormonal prin administrare de androgeni. Conduita de principiu, aplicată de altfel în toate stările de sterilitate masculină, a fost cea de a nu se afirma bolnavului imposibilitatea corectării infertilității. Concomitent s-a recurs la psihoterapie, terapia neuropsihică specifică, individualizată în funcție de statusul particular.

În cazuistica clinică se notează un singur caz cu *hermafroditism adevărat*. S-a practicat gonadectomie și s-a instituit terapie estroprogestativă. Gradul intersexualității organelor genitale nu a impus o corecție chirurgicală. Insensibilitatea parțială sau totală la androgeni este bine reprezentată în cazuistica serviciului.

Au fost diagnosticați un număr de 5 bolnavi cu Sindrom Reinfenstein, pseudohermafroditism masculin incomplet prin anomalie a receptorilor androgenici. Toți polnavii prezentau penis mic, hipospadies și ginecomastie. Primul dintre bolnavi era căsătorit, avea libidoul orientat net spre sexul feminin, își iubea mult soția și fiul acesteia provenit dintr-un mariaj anterior. Toți prezentau un intelect normal și nu aveau nici un fel de tulburări afective. Trei dintre bolnavi aparțin aceleiași fratrii. Terapia a constat în toate cazurile pe de o parte în corecția chirurgicală a hipospadiasului și ginecomastiei, iar pe de altă parte în administrare de androgeni.

Forma completă a sindromului de rezistență la androgeni *(sindromul Morris, sindromul testicululuí feminizant)* a fost notată la 8 bolnave. Insensibilitatea la androgeni a determinat în toate cazurile o absență totală a diferențierii sexuale masculine. Toate bolnavele declarau un libidou normal orientat cert spre sexul masculin. Cinci dintre bolnave erau căsătorite, aveau raporturi sexuale normale și-și manifestau feminitatea fără nici o ambiguitate. Conduita terapeutică a fost uniformă. În toate cazurile s-a menținut sexul feminin declarat la naștere și s-au luat toate măsurile pentru ca nici bolnavele și nici familia sau anturajul lor să nu cunoască sau să bănuiască diagnosticul. În toate cazurile diagnosticul fiind pus după pubertate și deci după realizarea unei feminizări

spontane, s-a recomandat castrare pentru a evita riscul cancerizării testiculilor abdominali sau inghinali. La una dintre bolnave diagnosticată la 24 ani nu s-a practicat castrare deși fusese indicată. A decedat la 27 ani prin diseminare a unui cancer testicular. Bolnavele tinere au fost prevenite asupra sterilității lor prin lipsa uterului. Li s-a prescris o terapie estrogenică și progestativ substitutivă.

Sindromul adreno-genital realizează la sexul feminin o stare de intersexualitate prin excesul de androgeni suprarenali. La cele 102 cazuri internate în clinică, motivul de consult a fost : organe genitale intersexuate la naștere, ciclu menstrual neregulat, amenoree primară, amenoree secundară, acnee, pilozitate în exces, talie mică, sindrom de pierdere de sare. Terapia a constat în toate cazurile de administrare cronică, în doză ajustată periodic de glucocorticoizi și mineralocorticoizi. Terapia vizează corecția dereglărilor metabolice, asigurarea unei creșteri normale, suprimarea virilismului, maturarea gonamică normală și asigurarea unei fertilități normale. Aceste deziderate au fost realizate la majoritatea pacienților noștri. Intersexualitatea a fost corectată chirurgical, în sens feminin, în trei cazuri, la vîrste mici (1—3 ani). Într-un număr de cazuri terapia a fost începută tardiv sau a fost incorect urmată.

În aceste cazuri s-au notat discordanțe ale dezvoltării somatice în raport cu vîrsta cronologică și dezvoltarea psihică. Comportamentul sexual era corelat cu vîrsta cronologică. Femeile adulte incorect tratate erau malajustate sexual. Din întreaga cazuistică se singularizează un caz la care orientarea psihică s-a făcut tipic în sens masculin. Este vorba despre un subiect XX, cu stare de intersexualitate a organelor genitale externe tip IV Prader. Pacienta a fost declarată de sex feminin la naștere, pe baza sexului genital. Elaborările hormonale au precizat diagnosticul de deficit de 21-hidroxilază. Nu s-au respectat indicațiile medicale privind tratamentul hormonal substitutiv. Treptat s-a asistat la o sexualizare psihică și somatică în sens masculin, cu inserare socială în cadrul aceluiași sex. Această situație a determinat familia și anturajul să schimbe numele subiectului din Lucia în Ion. În fața unor realități evidente s-a impus terapia chirurgicală de corecție a organelor genitale în sens masculin (castrare și cura hipospadiasului) și întreprinderea demersurilor legale pentru schimbarea sexului social. De notat pulsiunile sexuale masculine ale subiectului. Nu a fost necesară vreo terapie hormonală, suprarenala asigurînd o cantitate foarte mare de androgeni.

Tulburările diferențierii sexuale au o frecvență suficient de mare pentru a impune cunoașterea lor de către medicii de diverse specialități. Așa cum s-a menționat, în geneza lor sînt implicați factori genetici, hormonali sau tisulari. Medicul este chemat să orienteze opțiunea sexuală la naștere, să facă să se evite discordanțele între sexul legal, statutul social sexual și identitatea sexuală a individului. Rolul factorului educațional în stabilirea identității sexuale a individului este deosebit de important dar acesta se grefează și acționează modelator pe tipul de comportament feminin sau masculin apărut ca fenomen intrinsec al procesului de sexualizare, cu determinism androgen și structuri specifice. Este cunoscut faptul că funcția hipotalamică gonadotropă primară este de tip feminin, ciclică. Prezența testosteronului în organism într-un

anumit moment al evoluției modifică funcționalitatea acestor centri după modelul masculin, continuu, aciclic, indiferent de sexul genetic sau gonadal.

Comportamentul sexual, se conturează treptat, copilul ajungînd să-și recunoască sexul către vîrsta de 2 ani. Pubertatea cu întreg cortegiul ei de transformări morfo-funcționale și comportamentale este și momentul stabilirii și definirii adevăratei identități sexuale.

Este necesară o bună cunoaștere a procesului normal de sexualizare, a fenomenelor ce-l induc, a etapelor parcurse și a factorilor ce-l pot interfera într-un anumit moment. Deciziile terapeutice vor avea totdeauna în vedere interesele subiectului afectat, realizarea unei concordanțe între identitatea sa sexuală și aspectul morfologic și funcțional al organelor genitale, interesele eventualului cuplu marital. Terapia hormonală va trebui să asigure un echilibru endocrin care să permită o cît mai bună inserare socială și sexuală a individului afectat.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. De Groot L.J. : Endocrinology, Grune Stratton, New York, London, Toronto, Sydney, San Francisco, 1979.
2. Hamilton W. : Clinical Pediatric Endocrinology, London, Butterworth, 1972.
3. Hall E., Anderson J., Smart G.A., Besser M. : Fundamentale of Clinical Endocrinology, Pitman Medical, 1974.
4. Hazard J., Perlemuter L. : Abreges — Endocrinologie, 2-eme éd., Edit. Masson, 1983.
5. Ionescu B., Dumitrache C., Maximilian C. : *Patologia sexualizării*, Edit. Medicală, București, 1980.
6. Job J.C., Person M. : Endocrinologie pédiatrique et croissance 2-éme ed, Flammarion, 1981.
7. Kuttenn E., Mowszowicz J., Wright F. : Ann. Endocr., 1983, t. 44, pp. 327—331.
8. Milcu Șt.M. : *Terapeutica bolilor endocrine*, Edit. Medicală, București, 1964.
9. Milcu Șt. M., Dănilă-Muster Aneta : *Endocrinologie ginecologică*, Edit. Acad. R.S.R., București, 1968.
10. Prader A. : Disorders of Sexual Differentiation, in : Labhart A. : Clinical Endocrinology, Springer—Heidelberg, New York, 1974.
11. Rosenfield R.L. : New Engl. Med., 1983, 309, 18, pp. 1120—1121.
12. Ross J.L., Cassoria F.G., Skerda M.C., Valk I.M., Loriaux D.L., Cutler G.B. : New Engl. J. Med., 1983, 309, 18, pp. 1104—1106.

COMPLEX THERAPY OF ANOMALIES OF DIFFERENTIATION OF SEXES

Summary

During the last decade in the Endocrinologic clinic of Iași there have been admitted a significant number of pacients and out of them 1.3% with anomalies of sexual differentiation.

Clinical characteristics are reviewed with various somatopsychic peculiarities of the cases with Turner syndrome, Klinefelter syndrome, real hermaphroditism, Reifenstein syndrome, feminized testicle, and adreno-genital syndrome.

It is insisted on the diagnosis problems and therapy of the practitioner when faced with anomalies of sexual differentiation.

INTERFERENȚE PSIHO-ENDOCRINE

S. Diacicov, Z. Rodin, A. Nițurad, R. Lupulescu

Spitalul „Dr. Gh. Marinescu" — București

LITERATURA DE SPECIALITATE SEMNALEAZĂ DE MULȚI ANI existența unor interferențe psiho-endocrine, cercetările în acest domeniu efectuîndu-se în special în secolul al XX-lea (C. I. Parhon, M. Bleuler, H. Sellheim, F. Prinzing, P. Stoll etc.).

Lucrarea de față se bazează pe un studiu efectuat pe 163 femei, selecționate din 1666 internări în serviciul XIV psihiatrie în perioada 1982—83 și urmărite catamnetic în 1984 și 1985.

Lotul de 163 femei a reprezentat *totalitatea cazurilor cu interferențe psiho-endocrine*, limitele de vîrstă variind între 18—60 ani.

Spre exemplificare vom expune cîteva cazuri în care tulburările psihice au precedat, au coincis sau au succedat unor tulburări endocrine, implicînd cele mai importante glande ale sistemului endocrin uman.

Prezentarea cazurilor și discuții. Caz I. I.F., 45 ani, se internează la psihiatrie pentru stări de tristețe, astenie fizică și psihică. Suferă din 1967, după nașterea copilului (1966); din 1968, la vîrsta de 28 de ani — amenoree secundară. Se internează la Institutul Parhon în 1979 cu agravarea simptomatologică în sfera tiro-ovariană. La investigații se constată: PBI = 2,1 μg%ml (N = 5—8 μ g); RIC = la 2 h 2,95% (N = 12 $\pm$ 5%) și 0,46% la 24 h (N = 2,5 $\pm$ 5%), 17 OHCS (PS) = 2,12% (N = 3,5—5,5). Radiografia șeii turcești arată o redresare a opacității lamei patrulatere. Se pune diagnosticul de *Panhipopitutarism — Boala Sheehan* cu insuficiență suprarenală, gonadală și tiroidiană accentuată.

De menționat că înainte de a naște a avut 6 avorturi în luna a 4-a — 5-a (s-a căsătorit la 22 ani) și după naștere a făcut stare depresivă. Progresiv se instalează tulburări endocrine, făcînd tratament și hormonal și antidepresiv cu multiple internări la Institutul Parhon și la psihiatrie.

Problema: a) Boala psihică — depresia — a precedat sau a apărut concomitent cu insuficiența hipofizară globală?

b) În tratamentul cu psihotrope a fost necesară mărirea dozelor tratamentului hormonal?

Caz II: G.L., 26 ani. Suferă din 1982 cînd face un prim puseu maniacal post matern urmat de mai multe accese maniacale și unul depresiv. În 1983 se descoperă un adenom hipofizar cu galactoree; la Institutul Parhon se precizează diagnosticul de *prolictinom* și se recomandă tratament cu Bromcriptină. La investigații, radiografia șeii turcești arată dublu contur și lama patrulateră turtită. Diagnostic: PMD (psihoză maniacală-depresivă) și Prolactinom. Tratamentului cu ES i se asociază tratament cu Bromcriptină, Tiroton și Medroxiprogesteron, obținîndu-se ameliorarea tabloului clinic.

Problema : Este preferabil tratamentul cu ES tratamentului cu psihotrope atunci cînd există un adenom hipofizar, predominant prolactinom ?

Caz III : N.T., 42 ani. Suferind din perioada adolescenței cînd apare o simptomatologie depresivă. În 1970 se accentuează tabloul depresiv. În 1981, după expunere de cîteva zile pe litoral la soare, face un acces depresiv acut pentru care este internată la Spitalul din Constanța și se transferă la clinica psihiatrică din București, avînd o agarvare a tabloului psihotic și semne de impregnare neuroleptică. Examenul clinic și investigațiile paraclinice pun în evidență prezența unui adenom hipofizar. Avînd și galactoree se pune diagnosticul de prolactinom, instituindu-se tratamentul cu Ergotoxină, Ergocriptină și Anafranil și doze mici de Haloperidol. Bolnava pleacă ameliorată în 1981 și se reinternează în iunie 1982 cu un nou episod. Întrerupsese tratamentul. Pleacă aamelioratã în august 1982. Urmărită catamnestic, nu a mai făcut nici un acces delirant interpretativ sau depresiv psihotic. Sub tratament cu Parlodel, i-a revenit menstra și a dispărut galactoreea.

Problema : a) Razele solare au avut în 1981 efect de biciuire a zonei diencefalo-hipofizare și tulburările endocrine au agravat tabloul psihic preexistent sau aceste două boli au mers în paralel ?

b) Este sigur că dozele mari de neuroleptice majore au agravat tabloul clinic datorită agravării simptomatologiei date de prolactinom.

Caz IV : Șt. E., 56 ani, se internează la psihiatrie în 1983 cu un tablou depresiv. Este suferindă psihic de la 27 ani, după decesul unui copil. Este amenoreică din 1969, de la 42 ani, după histerectomie totală. Tot de atunci suferă de spasmofilie. Se îmbină tratament antidepresiv cu tratament hormonal de substituție și calciterapie.

Problema : Rolul tulburărilor endocrine apărute după intervenții în sfera gonadică și para-tiroidiană în agravarea tabloului depresiv.

Caz V : M. E., 51 ani, se internează în 1983 cu un tablou depresiv, idei de autoacuzare și de persecuție, manifestări oneiroide și confuzive. Este suferindă de la vîrsta de 19 ani cînd a fost consultată la Institutul Parhon punîndu-i-se diagnosticul de insuficiență C.S.R., diagnostic ce se menține și în 1973, cînd, după psihotraume accentuate devine hipertensivă. În 1983, la prima internare la psihiatrie, examenele paraclinice arată creșterea a 17 K.S. urinari/24 h. Tabloul clinic depresiv-anxios, agravat involuțional și oscilațiile de HTA ne fac să înclinăm spre o reacție hipercorticosuprarenală (sindrom HCSR) la o bolnavă care pînă la vîrsta de 40 de ani a fost hiposurrenală.

Problema : a) Psihotraumele pot trezi și un sindrom hipercorticosurrenal la o hiposurrenală atunci cînd există rezerve hormonale CSR cu o hipofiză normală ?

b) Sau, este vorba doar de o reacție de stimulare a glandei suprarenale de către zona dienecefalo-hipofizală prin descărcare de ACTH sub influența stressului psihic cu intervenția la acest nivel a dopaminei și a serotominei ?

Caz VI : M.E., 21 ani, căsătorită, fără copii, se internează cu un taablou depresiv după o tentativă de suicid pentru care a fost internată la Spitalul de Urgență. Este la a IV-a tentativă ; I-a, intoxicație acută voluntară medicamentoasă, a făcut-o în adolescență, la 17 ani, după apariția menstrelor, fără nici un motiv.

Din punct de vedere endocrin prezintă : spasmofilie, insuficiență C.S.R. și ovar polichistic drept descoperit în 1984. Curetajul biopsic oglindește aspect hiperfoliculinic, M.B. + 24%.

Problema : Instalarea depresiei cu tentative de suicid apărute în adolescență, după menstră, ridică problema instalării concomitente a tulburărilor psihice cu cele en ocrine.

Concluzii. 1. Interferențele psihoendocrine au fost găsite la 10% din bolnavele internate în Secția 14 psihiatrie, Spitalul „Dr. Marinescu", în perioada 1982—1983, bolnave care au fost urmărite catamnestic în perioada 1984—1985.

2. Frecvența cea mai mare a tulburărilor psihoendocrine se află în grupa de vîrstă între 21—50 ani (85,4%) cu vîrful în perioada 21—30 ani (39,87%).

3. Din cele 163 bolnave studiate, tulburările psihice de intensitate psihotică au o frecvență cvasi-egală cu cele de tip marginal.

4. Dintre psihoze au predominat cele puerperale (59,75%), iar reacțiile nevrotice au reprezentat 51,85% dintre stările marginale.

5. Primodiagnosticul în cazuistica studiată de noi a fost cel endocrin în majoritate (44,78%) ; primodiagnosticul psihiatric doar în 15,95% din cazuri, iar apariția concomitentă a dereglărilor psihice și a celor endocrine au ocupat 39,27% din cazuri.

6. În tulburările psihotice, disfuncția tiroidei a predominat (47,56%) în timp ce în stările marginale cele mai frecvente tulburări au fost în sfera paratiroidiană (56,79%).

7. Cu toate că în tulburările psiho-endocrine predomină implicarea monoglandulară (52,14) nu putem neglija rolul sistemului diencefalo-hipofizar în interferențele psihoendocrine sau endocrinopsihotice în toate cazurile studiate de noi.

8. La bolnavele la care primodiagnosticul a fost cel endocrin, încadrarea nozologică a constituit o dificultate, tulburarea psihică putînd fi considerată ca secundară sindromului endocrin sau a doua boală. Aceasta rămîne o problemă de viitor, în funcție de progresele biochimiei a elucidării rolului neurotransmițătorilor și a altor sisteme în apariția tulburărilor psihoendocrine.

9. Apariția tulburărilor psihoendocrine impune tratament mixt : psihotropic și endocrin.

10. Este obligatorie colaborarea între psihiatru și endocrinolog în stabilirea diagnosticului și tratamentului în perioada climacterismului cu tulburări psihice.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Arseni C., Maretsis M., Rodin Z., Opran H., Damian N. : Studii și cercetări de endocrinologie, 1967, nr. 5, p. 421.
2. Bleuler M. : *Endocrinologische psychiatrie,* Stuttgort, G. Tieme, 1954.
3. Freedman M.A., Kaplan I.H., Sadock J.B. : Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry, Edit. Williams-Wilkins, 1976, Second Edition.
4. Ionescu B. D : *Semiologia bolilor endocrine,* Edit. Medicală, București, 1983.
5. Parhon C.I., Goldstein M. : *Les sécrétions internes,* Paris, 1909.
6. Parhon C.I. : *Opere alese,* vol. II, Edit. Acad. R.P.R., 1954.
7. Parhon-Ștefănescu, Constanța, Rodin Z. : Revue Roum. Endocrinol., 1967, nr. 4, p. 3.
8. Predescu V. : *Psihiatrie,* Edit. Medicală, București, 1976.
9. Prinzing Fr. : Handbuch der Medizinischen Statistik (1930, ed. II).
10. Stoll, P. : iCba-Revue (Geigy), 1985, nr. 3, pp. 1—7.

PSYCHOENDOCRINE INTERFERENCES

Summary

The study was made on 163 cases, all women, aged between 18—60, presenting psychoendocrine disorders. The selection represents about 10% of all women hospitalized in 1982—1983 and further followed up in 1984—1985.

Statistically, the psychotic disorders are fairly equal to nonpsychotic disorders. The hypothalamic-pituitary unit is present in all psychoendocrine disorders, the thyroid pathology prevailing in psychoses. The first psychiatric diagnosis was recorded in a few cases (15%), most cases having as initial diagnosis either an endocrine or a psychoendocrine disorder.

The need for a combined psychotropic and endocrine treatment in psychoendocrine disorders is warranted by the results of the study.

EVIDENȚIEREA FACTORULUI PSIHIC ÎN ETIOPATOGENIA UNOR AFECȚIUNI SOMATICE — OPȚIUNI METODOLOGICE

E. Robu

Spitalul Clinic de Dermatologie — București

CONSIDERĂM ABORDAREA PSIHOSOMATICĂ ÎN SENS EXTENsiv, ca presupunînd unitatea structural-dinamică dintre somatic și psihic, și urmărind cunoașterea ponderii concrete (de la caz la caz) a fiecărui factor (organic, genetic, emoțional, de mediu etc.) dovedit semnificativ, sub raport etiopatogenetic, în vederea unei intervenții terapeutice exhaustive (4, 5, 8). Perspectiva psihosomatică solicită astfel concretizarea unor disponibilități multidisciplinare de analiză și intervenție — ceea ce ridică sub aspect metodologic probleme specifice, adesea neglijate sau deficitar soluționate (1, 2, 7, 11, 12). Aceste carențe, ale demersului metodologic, invalidează multe din modelele explicative ale ponderii factorului psihic în etiopatogenia unor afecțiuni somatice și, la nivelul intervenției terapeutice, menține o eficiență încă sub așteptări. Majoritatea cercetărilor, vizînd acest factor, se bazează în principal pe date obținute dintr-un interviu clinic complex (incluzînd și date despre biografia psihologică a subiectului) iar dacă se aplică și probe psihologice, acestea sînt ori insuficiente, sub raportul valențelor psihodiagnostice (2), ori sînt diferite de la un cercetător la altul pentru același aspect psihologic vizat și rezultatele devin atunci nesigure (datorită diferențelor de sensibilitate, fidelitate și validitate dintre testele folosite).

Urmărind diminuarea deficiențelor amintite, prin considerațiile noastre, subscriem necesității unor repere metodologice comune oricărui demers psihosomatic (sau somatopsihic), care să facă posibilă compararea (și deci verificarea) unor concluzii obținute de psihosomaticieni diferiți pe aceeași afecțiune sau de a putea desprinde, dacă există, profile de personalitate cu risc pentru un anume grup de afecțiuni psihosomatice (de exemplu pentru psihodermatoze) sau, chiar, pentru o afecțiune psihosomatică oarecare.

Opțiunile noastre metodologice s-au conturat, în principal, pe baza unor cercetări experimentale, vizînd dermatoze cu componentă psihică semnificativă : psoriazis, atopie, uretită negonococică, urticarie, sifilis etc. Din căutările pentru variante metodologice optime acestor cercetări, am selecționat acele aspecte (repere) considerate a avea un potențial maxim de generalizare și care ar putea constitui un suport eficient

dialogului necesar pentru o metodologie modelată perspectivei psihosomatice.

Remarcăm astfel trei constante ce ar caracteriza formal metodologia cercetării oricărui subiect suspect de o afecțiune somatică cu o componentă psihică semnificativă.

1. Constanta „dualismului metodologic“ (8) în demersul psihosomatic ; acest demers necesită utilizarea a cel puțin două tipuri de mijloace : unele specifice investigației somatice (examenul clinic, examene de laborator, explorări funcționale etc.) și altele specifice investigației psihologice (investigația proiectivă, psihanalitică etc.). Eficiența demersului psihosomatic este condiționat în mare măsură de calitatea sintezei datelor obținute prin cele două tipuri de mijloace.

2. *Constanta „mini-max“-ului* în demersul psihosomatic : constanta reflectă necesitatea unei structuri metodologice optime, iar aceasta presupune alegerea doar acelor (și atîtor) mijloace de investigație, care (cît) să reducă la minimum posibilitatea de a scăpa cercetarea vreunui factor psihic sau somatic semnificativ, și care să ofere în același timp maximum de valențe psiho-diagnostice (sensibilitate, fidelitate, validitate).

3. *Constanta disponibilităților euristice* în domeniul psihosomatic concret : reflectă dinamica aplicării mijloacelor de investigație, în raport cu unele particularități atitudinale și structurale ale subiectului, și răspunde necesității de a da mai multă importanță obținerii și păstrării „deschiderii“ subiectului la investigația psihosomatică, decît aplicării rigide a unei scheme metodologice prestabilite. Astfel, se poate, de exemplu, prin manevrarea ordinii probelor, să se obțină „deblocaje“ spectaculoase.

Această constantă solicită în mod deosebit disponibilitățile afective și cognitive ale psihosomaticianului (cercetător sau practician, psiholog sau medic) și intersectează domeniul artei.

În conformitate cu constantele metodologice de mai sus, dintre tehnicile rulate în cercetările noastre în scopul unei cunoașteri cît mai cuprinzătoare a factorului psihic în etiopatogenia unor dermatoze, putem recomanda, pentru nucleul metodologic al unui demers psihosomatic oarecare, următoarele mijloace de investigație : „interviul psihosomatic“, testul Rorschach, testul Szondi și testul Hamburg.

„Interviul psihosomatic“ prin scopul, structura și dinamica sa poate fi catalogat, pe considerente ce le vom rezuma în continuare, drept o tehnică specifică unui demers psihosomatic (poate singura deocamdată).

Prin acest interviu, se urmărește pe de o parte crearea și menținerea unei atitudini de receptivitate la investigația și tratamentul psihosomatic, iar pe de altă parte se urmărește obținerea de informații utile pentru realizarea unei imagini valide asupra factorilor etiopatogeni semnificativi și asupra mecanismelor de „somatizare“ sau de „corticalizare“, dacă există.

Sub aspect structural, un interviu psihosomatic presupune (sau ar trebui să conțină) : consemnarea acuzelor exprimate de subiect și a istoriei lor, antecedentele patologice personale („A.P.P.“) și cele heredo-colaterale („A.H.C.“), corelarea (cu precauțiile necesare — (2, 7, 12) istoriei acuzelor cu biografia psihologică a subiectului, consemnarea atitudinilor despre boală și a comportamentului în timpul investigației.

Realizarea interviului psihosomatic (aspectul dinamic) presupune din partea psihosomaticianului semnificative disponbiilități euristice, tactice și empatice : sesizarea la timp a blocajelor subiectului sau a schimbări-

lor de atitudine, treceri subtile de la „dirijat“ la „nondirijat“, de la solicitările exprese la „ascultarea analitică“ (1).

Testele „Rorschach“ și „Szondi“ — teste proiective consacrate, ce n-au nevoie de prezentare — dobîndesc, aplicate împreună, valențe noi psihodiagnostice și se recomandă reciproc în cercetarea unor afecțiuni somatice cu competență psihică semnificativă.

În baza complementarității lor aceste teste furnizează o imagine unitară, structural-dinamică a personalității testate : aspectele structurale fiind conturate prevalent de testul Rorschach iar cele dinamice de testul Szondi.

Ambele au avantajul unor valențe psihodiagnostice ridicate, atît în spațiul psihopatologicului cît și al normalului ; de asemenea, ambele dau posibilitatea verificării, adîncirii și explicării unor date consemnate la nivelul interviului psihosomatic. Consemnăm, cu acest prilej, posibilitatea de a dezvolta, la aceste probe proiective cu aplicare și valorificare individuală, procedee de integrare a datelor în profile experimentale sintetice de personalitate, reprezentative la nivelul lotului cercetat. Pentru proba „Rorschach“, exemplificăm posibilitatea amintită prin utilizarea schemei lui Morali-Daninos (9) (pe aceasta am experimentat dispunerea dominantă a unui lot de 150 de psoriazici și am putut astfel remarca verificarea unui punct de vedere mai nou al școlii franceze de psihosomatică conform căruia personalitatea psihosomaticului s-ar caracteriza prin „gîndire operatorie, inaccesibilitate la viața fantasmatică“ (1), iar „somatizarea este sub dependența concretă a procesului proiectiv“ (3)).

Pentru proba Szondi, ilustrăm printr-un procedeu asemănător, posibilitatea de a aduce în discuție consistența unor dominante pulsionale ale unui grup omogen dat.

Testul „Hamburg“ este o probă de randament, care prin structura sa — 2 itemi în scara verbală („informație“ și „similitudini“) și 2 itemi în scara de performanță (: „imagini cu lacune“ și cuburi Kohs“) — poate oferi un „Q.I“ global, dar și unele particularități ale capacităților cognitive pentru subiecți cuprinși între 10 și 60 de ani. Aceste calități ale probei ne dau posibilitatea de a verifica și detalia informațiile despre intelectul subiectului ce apar și la testul Rorschach sau din interviu.

Concluzionînd asupra acestor tehnici, ca posibile componente ale oricărui demers metodologic în spațiul afecțiunilor psihosomatice sau somatopsihice, mai subliniem valențele acestor tehnici de a se verifica și completa reciproc ridicînd siguranța informației obținute de la nivelul unei trăsături oarecare la nivelul unor ansambluri de trăsături, la nivelul unității structural-dinamice dintre somatic și psihic.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Allilaire J.F. : Sem. Hôp. Paris, 1984, t. 60, pp. 895—898.
2. Aitken R. : British Medical Journal, 1972, t. 4, pp. 285—287.
3. Gorot J. : Méd. et Hyg., 1981, t. 39, pp. 274—277.
4. Ionescu G. : *Psihosomatica*, Edit. St. și Enciclop., București, 1975.

5. Haynal A., Pasini W.: *Abrégé de médicine psychosomatique*, Masson, Paris, 1978.
6. Luban-Plozza B.: Méd. et Hyg., t. 37, pp. 342—348.
7. Mazet Ph.: Sem. Hôp., Paris, 1982, t. 58, pp. 2454—2458.
8. Mazet Ph.: Sem. Hôp., Paris, 1984, t. 60, pp. 887—893.
9. Morali-Daninos A., Cerf F.: *VII-th International Congress of Rorschach* — London, 1968, Haus Huber, Bern.
10. Mouvoisin M.: L'ouest Medical, 1983, t. 36, pp. 920—921.
11. Patris M., Israël L.: Rev. du Prat., 1979, t. 29, pp. 2505—2512.
12. Zander W.: Méd. et Hyg., 1979, t. 37, pp. 309—312.

THE EMPHASIS OF PSYCHIC FACTOR IN THE AETIOPATHOGENY OF CERTAIN SOMATIC DISEASES — METHODOLOGICAL OPTIONS

Summary

The rather low belief in certain conclusions obtained by research, which emphasize the psychic factor in the somatic disease, may be due to the methodology employed. In approaching the problem, the author subscribes to the necessity of using some very fine techniques, as far as possible similar to the ones employed in psychosomatic researches, which should offer a greater consistency with the psychological aspects found, and to allow a comparison between them — as is the case for instance, with the personality profiles obtained by different researchers for the same disease or for different diseases. To this purpose, a minimum group of technics with rather large psychodiagnosis inferences and three formal characteristics in common with any psychosomatic approach are suggested.

DATE PRELIMINARE PRIVIND STUDIUL OFTALMODINAMOMETRIC PE UN LOT DE BOLNAVI SCHIZOFRENI

Otilia Baciu, V. Chiriță

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași
Clinica de Psihiatrie

INTRODUCERE. OFTALMODINAMOMETRIA (OFT. D.) ESTE O METODĂ de interes deosebit în investigarea circulației cerebrale (3, 4, 5). Paul Bailliart este acela care în 1917 a deschis calea și a adus esențialul metodei, inclusiv un aparat valabil. La acestea se adaugă meritul școlii din Bonn și în special a lui Weigelin (1948—1958) care a analizat bazele fizice ale Oft. d. și a înlăturat erorile la care era expusă tehnica respectivă (6).

Ca principiu, Bailliart a utilizat în Oft. d. același mecanism de determinare a tensiunii în artera centrală a retinei (ACR) ca și în artera humerală, și anume observarea emergenței ACR și compresiunea prin intermediul lichidelor andoculare prin aplicarea unui dinamometru pe scleră. Cînd presiunea exercitată pe artera centrală egalează presiunea diastolică, se observă pulsații ale arterei.

Oft. d., spun Weigelin și Lobstein, 1962, este singura metodă care permite măsurarea presiunii sanguine într-o parte periferică a sistemului arterial. Trebuie subliniat că prin Oft.d. nu se măsoară presiunea în arterele retiniene ci în artera oftalmică. De aceea se folosește termenul de presiune a arterei oftalmice (PAO) și nu acela de presiune a arterei retiniene (PAR) sau de tensiune a arterei retiniene (TACR) — care este impropriu — deoarece s-a dovedit prin calcule și considerații că locul unde se măsoară presiunea arterială cu Oftalmodinamometrul se situează — aproximativ — pe traiectul arterei oftalmice între originea acesteia pe carotida internă și separarea ACR (Weigelin, Lobstein). Spunem *presiune* întrucît nu este vorba de starea unui corp supus la forțe divergente, și spunem *oftalmică* deoarece observarea se efectuează la nivelul ACR ram terminal direct din artera oftalmică.

Tulburările circulatorii cerebrale și acelea ale presiunii arteriale generale, sînt singurele care într-adevăr au răsunet asupra presiunii oftalmice ; răsunetul tulburărilor circulatorii retiniene este nul. Oft. d. comportă deci, pe lîngă măsurarea precisă a PAO obligatoriu și a celei humerale — cele două presiuni urmînd a fi confruntate.

Aplicarea Oft. d. în bolile neuropsihice relevă o scădere a PAO în stările nevrotice în proporție de 75% pînă la 97,5% (1). Totodată literatura de specialitate nu consemnează studii de Oft. d. în schizofrenie.

Material și metodă. În cele ce urmează nu vom descrie aparatura cu care se efectuează Oft.d. și nici tehnica, ci vom face interpretarea rezultatelor obținute pe bază de calcule asupra unui lot de 30 pacienți cu schizofrenie internați în Spitalul de Psihiatrie „Socola" — Iași.

Conduita de examen : midriază atropinică pentru o bună vizibilitate a f.o. ; anestezie corneo-conjunctivală cu xilină 2%, folosirea oftalmometrului Bailliart.

Desfășurarea examinării : măsurarea presiunii intraoculare (PIO) cu tonometrul Schiötz standardizat ; măsurarea presiunii oftalmice minime (diastolică) și maxime (sistolică) ; măsurarea presiunii arterei humerale (sistolice și diastolice).

— Deoarece PIO este exprimată în mm. Hg la fel ca și cea humerală, iar presiunea dinamometrică în grame și ținînd seama că Oft.d. are ca scop confruntarea presiunilor arterei oftalmice cu a arterei humerale în funcție de oftalmotonus, trebuie să exprimăm și PAO tot în mm. Hg. prin convertirea gramelor dinamometrului cu ajutorul tabelelor de conversiune Niesel-Bedavanija (1960).

— Confruntarea presiunii distolice și sistolice a arterei oftalmice (cea mai precisă, recentă și cea mai utilizată actual) cu cea a arterei humerale, s-a făcut prin confruntarea presiunilor medii cu cea pe care unii autori o numesc presiune arterială „eficace".

— Calculul presiunii medii, plecînd de la presiunea minimă și maximă, s-a efectuat după formula Wezler și Böger.

— Relațiile între presiunea oftalmică și humerală au fost stabilite după tabelele Bedavanija, care dau valoare normală sau teoretică în artera oftalmică la o presiune humerală și intraoculară determinată.

— Interpretarea a fost efectuată după tabelele lui Weigelin și Lobstein (1962), care tind să fie unanim adoptate, deși comportă unele lacune, întrucît nu sînt valabile decît pentru tonusuri oculare normale de 12—20 mm. Hg. (cazul bolnavilor noștri).

— Lotul studiat a cuprins bolnavi în vîrstă de la 20 la 62 ani, majoritatea fiind sub 40 ani. Valorile presiunii intraoculare la toți bolnavii au fost în limite normale (între 17—20), iar tensiunea arterială (măsurată la humerală) la toți bolnavii, a fost cuprinsă între 110 și 150 mm. Hg. Vicii de refracție la doi bolnavi — miopie între 1—2 D ; 1 bolnav cu angioscleroză retiniană.

Rezultate și discuții. După efectuarea corecțiilor și a calculelor statistice matematice privind PAO medii și PAO diastolice, atît cele constatate la bolnavi cît și cele normale (prevăzute), au rezultat următoarele :

a) Cu referire la PAO medic, la 28 bolnavi (93,3%) aceasta este coborîtă față de valorile normale, semnificativ la un număr de 14 bolnavi reprezentînd 46,7% (cu mai mult de 9 mm.Hg.) și nesemnificativ (între 0 și —9 mm.Hg.) la 14 bolnavi (46,7%) ; la 3 dintre aceștia (10%) scăderea este chiar la limită (—9 mm.Hg.). La 2 bolnavi PAO medie este crescută cu mai mult de +9 mm.Hg. În total, 16 dintre bolnavi (53,3%) au valori ale PAO medii abătute semnificativ de la normal cu mai mult de ±9 mm.Hg. Analiza distribuției pe grupe de vîrstă a celor 16 bolnavi cu PAO medie abătută semnificativ de la normal relevă 5 pacienți între

20—29 ani, 7 între 30—39 ani, 3 între 40—49 ani și 1 între 50—59 ani. Această distribuție se suprapune repartiției pe grupe de vîrstă a întregului lot de bolnavi.

b) În ceea ce privește PAO diastolică, aceasta este crescută față de valorile normale la 18 bolnavi (60%) ; la 9 bolnavi (30%) este coborîtă sub valorile normale, iar la 3 (10%) găsim valori normale. Cu valori abătute semnificativ de la normal (mai mult de ±10 mm.Hg.) s-au înscris numai 3 bolnavi (10%), la toți valorile fiind crescute peste 10 mm. Hg. La 2 dintre acești pacienți și PAO medie este crescută peste 9 mm. Hg., cel de al treilea avînd PAO medie coborîtă semnificativ sub valorile normale. Unul dintre acești 3 bolnavi prezenta leziuni de scleroză a vaselor retiniene. Analizînd și în această situație distribuția pe grupe de vîrstă a bolnavilor cu valori ale PAO diastolice crescute cu peste 10 mm.Hg., găsim un bolnav între 20—29 ani, 1 între 40—49 ani și 1 între 50—59 ani, situație cu totul nesemnificativă.

Putem conchide deci că la marea majoritate a bolnavilor examinați (93,3%) se înregistrează o coborîre a PAO medii sub valorile normale, la 50% dintre ei scăderea fiind semnificativă, în timp ce PAO diastolică, deși este crescută față de normal la 60% din bolnavi, numai 10% au abateri semnificative.

Se știe că existența bilaterală a unor valori mai mari ale PAO decît cele normale, în special ale PAO medii, indică o vasoconstricție a termiațiilor carotidei interne, iar valorile mai mici ale PAO decît cele scontate conform presiunii în artera humerală indică o vasodilatație cerebrală (2). Cum la marea majoritate a bolnavilor cuprinși în lotul de cercetare s-au găsit valori coborîte sub normal ale PAO medii, se poate spune că în schizofrenie Oft.d. indică existența unei vasodilatații cerebrale.

Lotul de bolnavi examinați fiind restrîns și distribuția pe grupe de vîrstă neomogenă, considerăm necesară continuarea studiului care să cuprindă în examinare un număr mai mare de bolnavi cu distribuție egală pe grupe de vîrstă pentru a se putea urmări verificarea datelor rezultate dis studiul preliminar și în ce măsură vîrsta influențează proporția abaterilor semnificative ale PAO.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Begu D. :*Neurologia*, București, 1964, nr. 4.
2. Leibovici M., Koos D. : *Oftalmologia*, București, 1972, nr. 4.
3. Lobstein A., Herr F.J. : Oftalmodinamometrie, Annales d'oc., în glaucom, Paris, 1960.
4. Manolescu D. : *Oftalmologia*, Edit. Medicală, București, 1958,
5. Morax P.V., Aron-Rosa D., Gautier J.C. : Bul. Soc. de oft. — Franța — Raport anual al Soc. Oft., Paris, Nr. Special, 1970.
6. Weigelin E. : Bonn — Annales d'oc., Paris, 1958.

OPHTALMO-DINAMOMETERS IN A GROUP OF SCHIZOPHRENIC PACIENTS

Summary

PAO ophtalmo-dinamometrically investigating a group of 30 schizophrenic pacients admitted in the psychiatric clinic „Socola" in Iași, the authors conclude that they found values lowered under normal of PAO a fact that indicates the existence of cerebral vasodilatation. The relatively small number of pacients they aim to continue this investigation in a larger number of pacients in groups equal as age is concerned in order to see if the data given by these 30 pacients are verified and if age has any influence on the proportion with significant changes of PAO.

OBOSEALA VIZUALĂ ÎN CADRUL SINDROMULUI DE SUPRASOLICITARE NERVOASĂ LA STUDENȚI

Constanța Buiuc, Gh. Balan, A.I. Săcărescu, R. Onete, G. Petrușca, S. Vultur

Spitalul pentru Studenți Iași

OBOSEALA VIZUALĂ — CONSTITUIE UN SINDROM ÎN CADRUL patologiei oculare și un simptom în cadrul sindromului de suprasolicitare nervoasă. În literatura de specialitate oftalmologică este doar menționată în tratatele clasice și sub formă de referat sau sinteză în unele reviste, puține la număr (3). Nu s-au întreprins studii asupra acestui sindrom ocular.

Sindromul de oboseală vizuală este caracterizat prin tulburarea vederii după efortul de fixație, cu durată de la cîteva minute pînă la două-trei ore, senzație de greutate la nivelul globilor oculari sau orbite, senzație de arsură cu clipiri frecvente, lăcrimare, dureri surde la nivelul globilor oculari sau retroorbitoare, cefalee supraorbitală, în regiunea frontală după un efort intelectual susținut, roșeață a conjunctivitei, fotofobie discretă (4). Nu există o scădere veritabilă a acuității vizuale (A.V.), ci doar o dificultate în fixație ceea ce domină este senzația de oboseală, de dificultate la citit sau la lucrul de aproape. Diplopia este rar acuzată ; cînd ea există se traduce printr-o senzație scurtă de vedere dublă ce cedează spontan și recidivează ; cînd există diplopie la interogatoriu, este un semn de mare valoare care atrage atenția de la început asupra tulburărilor vederii binoculare.

Oboseala vizuală este declanșată de factori extrinseci — lumina și natura obiectului fixat — și prin factori intrinseci oculari și generali.

Dintre factorii oculari trebuie să subliniem existența ametropiilor (erori ale refracției oculare) și deficite ale vederii binoculare (rezerva de convergență, amplitudinea acomodației, condiții deficitare de iluminat în timpul lucrului, boli ale retinei, coroidei în stadiul incipient).

Dintre factorii generali de menționat, cefaleea frecventă, adesea vesperală, durere surdă în bară retroorbitară însoțită sau nu de senzație de vertij. Uneori la aceasta se adaugă o astenie psihică, subiecții se plîng de incapacitatea de a menține atenția cît și o neînțelegere în ceea ce citesc.

În cadrul sindroamelor de suprasolicitare nervoasă, este descrisă oboseala vizuală ca un simptom a cărui apariţie este determintată de zestrea genetică, starea imunologică, stress-ul ce se instalează pe un teren constituţional nervos sau vegetativ labil, la care se adaugă şi factorii stressanţi de mediu (1, 2, 5).

În general este vorba de un sindrom clinic neobiectivabil şi ca atare larg supus aprecierii subiective şi a medicului.

Practica oftalmologică de ambulatoriu, într-o perioadă de peste 25 de ani a permis relevarea a o serie de fenomene oculare care iniţial se manifestau ca o conjunctivită cu dureri frontale şi retrooculare, cefalee occipitală şi care nu se ameliorau decît pentru o perioadă relativ scurtă după tratamentul instituit. Am întreprins un studiu privitor la examenul complet din punct de vedere oftalmologic al refracţiei oculare — (studiul ametropiilor) şi al sindromului de oboseală vizuală care apare în prezenţa unor ametropii.

Am extins studiul cazurilor de oboseală vizuală în colaborare cu specialistul neuropsihiatru în cadrul sindroamelor de suprasolicitare nervoasă la studenţi. Anual au fost examinaţi cca. 1/4 din numărul studenţilor pe Centrul universitar majoritatea din anul I şi ultim, cei din anul I depistaţi cu oboseală vizuală fiind supravegheaţi pe parcursul desfăşurării procesului de învăţămînt.

Am procedat concomitent cu specialistul neuropsihiatru pe de o parte la examenul complet din punct de vedere oftalmologic cît şi al R.O. în scopul găsirii ametropiilor în cadrul sindroamelor de suprasolicitare nervoasă.

Consideraţii asupra studiului întreprins. 1. Oboseala vizuală de cauză oculară (ametropie) se situează în acest interval într-un procent între 5,26 şi 11,9.

2. Oboseala vizuală ca simptom în cadrul sindroamelor de suprasolicitare se situează într-un procent între 13,24 şi 4,08.

Dintre cauzele care au declanşat apariţia oboselii vizuale pe lîngă factorii obiectivi oculari — ametropie în majoritate şi cazuri izolate de tulburări ale vederii binoculare poate fi luat în consideraţie luminatul insuficient, săli de lectură incompatibile cu normele cantitative — luxmetrie — prevăzute pentru lucrul vizual prelungit cît şi distribuţia (unghiul de iluminat, iluminarea periferică a C.V.) şi natura obiectului fixat (unghiul sub care este văzut obiectul cînd perceperea detaliilor necesită un efort de acomodaţie şi de convergenţă).

Concluzii. Ceea ce se poate desprinde din studiul efectuat este frecvenţa oboselii vizuale în ametropie, în unele deficite ale vederii binoculare cu toate manifestările ei şi, care nu întotdeauna sînt uşor de recunoscut. Se semnalează frecvenţa mai crescută la studenţii din anul I, II şi ultimul an de studiu.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Brânzei P. : *Itinerar psihiatric*, Edit. Junimea, 1979.
2. Ienistea Oct. : *Dificultăți emoționale la tineri*, Edit. Medicală, București, 1983.
3. Offret G., Lombard G. : *Ophtalmologie medico-chirurgicales*, Edit. Doin G., 1975.
4. Popescu E.A., Ioan V. : *Cum tratăm migrena*, Edit. Medicală, București, 1977.
5. Șchiopu U. : *Psihologia copilului*, EDP, București, 1967.

„VISUAL TIREDNESS" WITHIN NERVOUS SUPERSOLICITATION SYNDROME IN STUDENTS

Summary

The authors approach the study of visual tiredness in ocular pathology with extension to the syndromes of supersolicitation in students.

Carried out in a period of five years from ophtalmologic and neuropsychiatric standpoints the study reveals a frequency of visual tiredness both in ametropy and in the syndromes of nervous supersolicitation.

MEDIUL AMBIANT CA FACTOR DE RISC PENTRU SĂNĂTATEA MINTALĂ

Lucia Alexa, Viorica Gavăț

Institutul de Medicină și Farmacie Iași

MENȚINEREA INTEGRITĂȚII MINTALE A INDIVIDULUI CONSTI-tuie în prezent una din preocupările medicinei preventive situată în prim planul actualității. Dacă pînă acum aceste probleme au fost mai puțin în centrul atenției, progresele din ultimul timp și nevoile din ce în ce mai crescute ale sănătății mintale au contribuit considerabil la dezvoltarea acestei laturi medicale.

Cadrul acțiunii comportă limite imprecise așa precum și noțiunea de sănătate mintală rămîne ea însăși destul de ambiguă, astfel încît definirea sarcinilor ce revin sectorului de medicină preventivă, în aceste probleme, este o sarcină dificilă. Totuși, utilizînd criterii similare altor categorii de boli, obiectivul principal în constituie stabilirea factorilor de risc care intervin în dezechilibrul mintal și situarea în ierarhia importanței lor de acțiune.

Descifrarea modului de acțiune a factorilor de risc presupune introducerea în ecuație a informațiilor pe care le deținem în prezent. Din acest punct de vedere părerea unanimă este că sănătatea mintală este condiționată de o multitudine de factori, de natură foarte diferită, grupați și clasificați din diferite puncte de vedere, dar care în esență cuprind două grupe de importanță egală : factorii genetici, individuali (interni) și factorii mediului ambiant (externi).

A. Levy schematizează aceste interrelații ținînd cont și de posibilitatea de adaptare a organismului.

Rezultă astfel, că teoriile etiologice trebuie să se ocupe în egală măsură de factorii interni, cît și de cei externi, ultimii constituind obiectul preocupărilor acestui material.

Cercetările epidemiologice din patologia psihiatrică arată că influența mediului asupra sănătății mintale este considerabilă. Importanța rezultă din permanentele schimburi între om și mediul său natural. Efectul favorabil sau defavorabil asupra echilibrului mintal se realizează în măsura în care individul vine în contact cu diferiți factori ambientali. Există astăzi un consens în a aprecia că factorii de mediu sînt o condiție esențială a sănătății mintale deși sînt insuficienți prin ei înșiși să deter-

mine tulburări. Dacă mediul ambiant exercită influențe asupra armoniei psihice, aceasta la rîndul ei este strîns dependentă de factorii individuali.

Prin problematica lor factorii de risc din mediul ambiant pot fi grupați (deși în mod artificial) în factori fizici și factori sociali.

a) *Factorii fizici.* Influența mediului fizic nu este decît indirectă și se poate exercita asupra oricărui individ, în măsura în care se confruntă cu el, indiferent de structura socială căreia îi aparține, sex, vîrstă etc. Din multitudinea factorilor fizici ne oprim asupra cîtorva, raportați a fi mai elocvent implicați în perturbările de ordin psihic.

— Alimentația, prin insuficiență calorică sau dezechilibru de principii alimentare poate fi baza unor tulburări mintale de grade diferite, de la simplă apatie la confuzie psihică. Carența proteică și hipovitaminoza sînt condiții determinante în aceste accidente, și una și alta se traduc, de altfel, la nivel experimental prin alterări ale celulei nervoase și anomalii cerebrale de ordin biochimic, a căror natură este insuficient cunoscută (5, 7).

Insuficiența alimentară este de o severitate particulară în perioada primului an de viață. Cercetări publicate în cursul ultimilor ani (Cravioto, Canosa etc.) par să indice că subalimentația severă în cursul primelor 6—8 luni de la naștere poate avea repercusiuni grave asupra dezvoltării mintale (7). Studii experimentale (Mc. Came, Widdowson, Dobbing (7) au arătat că animalele foarte tinere supuse la un regim alimentar deficient, cantitativ sau calitativ, se dezvoltă fizic mai puțin decît martorii și au un comportament modificat. Carența alimentară precoce antrenează scăderea numărului de celule nervoase (Winick). Deși datele trebuie interpretate cu prudență, ele dau o dimensiune nouă factorului alimentar (7).

— Condiții de habitat. Aspectul exterior ca și decorul interior al locuinței sînt factori care, fără îndoială, exercită, prin intermediul psihicului o influență profundă asupra sănătății. Printre factorii psihologici ai locuinței, ambianța cromatică denumită și „climat cromatic" poate avea diferite efecte sedative sau stimulative atît în locuință cît și în mediul de muncă. Utilizarea rațională a culorilor poate avea un efect relaxant care favorizează recuperarea forței de muncă după un efort fizic sau intelectual. Este demonstrat că galbenul, verdele și albul exercită un efect stimulant asupra sistemului vizual fortificînd vederea cromatică și acromatică. Problema nu este încă suficient studiată din punct de vedere al sănătății mintale, ea constituind în prezent obiectul unor studii experimentale (2).

— Alimentarea cu apă potabilă, care alături de alimente asigură aportul de substanțe minerale, unele din acestea cu influență asupra sănătății psihice. Astfel, apa constituind una din sursele care furnizează litiul în organism a fost considerată ca unul din factorii care au influențat comportament agresiv al unui grup populațional din Arizona. Examenele de laborator au evidențiat cantități deosebit de scăzute de litiu în apa consumată în această regiune, comparativ cu zonele înconjurătoare (6).

b) *Factorii sociali.* În contextul complex al ambianței care constituie mediul social este greu de precizat care sînt solicitările care perturbă echilibrul psihic al omului. Pe de altă parte, procesul de dezvoltare socio-economic modifică profund structura morbidității în ansamblul ei. În același timp dezvoltarea social economică implică noi condiții adaptative, ca și posibilitatea unor riscuri de eșec adaptativ. În această permanentă echilibrare adaptativă a personalității umane apar manifestări psiho-sociale cu variate forme de expresie.

În guprul factorilor de risc social, pot fi incluse o multitudine de situații de mediul extern cu valoare predictivă în instalarea unui dezechilibru mintal. Printre acestea menționăm :

— F a m i l i a, mediul unde se realizează relaţiile afective fundamentale care conturează personalitatea, îndeosebi în cursul primilor ani de viaţă. Toate fenomenele responsabile de dezvoltarea personalităţii depind de relaţiile între părinţi şi copii. Este cunoscut rolul esenţial al mamei, în special în prima copilărie. Una din expresiile deficitare a acestor relaţii eset „sindromul de carenţă maternă" (Bowlby Y.) cu importante consecinţe asupra dezvoltării psihice ulterioare a copilului. Protecţia părinţilor riscă să fie patogenă dacă este exagerată ; ea împiedică individul să facă faţă necesităţilor vieţii sau uneori este respinsă de copil ajungîndu-se la situaţii conflictuale cu determinism în echilibrul psihic. Formarea personalităţii copilului este influenţată şi de perturbările în structura familiară (divorţ, deces etc.) (8, 10, 11).

Evoluţia rapidă a societăţii, pe lîngă efectele benefice, a avut şi o serie de efecte negative asupra familiei. Solicitările profesionale intense reduc sau suprimă total timpul afectat copiilor, mediului familial, ceea ce are drept consecinţă creşterea numărului copiilor nesupravegheaţi, care aderă la viaţa altor grupuri sociale cu influenţe negative asupra lor.

Astfel, familia ca factor de risc în sănătatea mintală, nu trebuie neglijată, cu atît mai mult cu cît este încă dificil de a măsura consecinţele.

— S o c i e t a t e a, concepută ca totalitatea relaţiilor în afară de familie, are, începînd de la o anumită vîrstă o mare influenţă asupra personalităţii psihice a tînărului. În mediul social, adolescentul îşi va alege „modelul" de comportament în funcţie de care va încerca să-şi adapteze propria persoană. Dacă prin structura sa de caracter cuprinde ambiţii excesive, disproporţionate cu posibilităţile sale, riscă a deveni sursă de insatisfacţii şi conflicte.

Nu mai puţin importantă pe planul sănătăţii mintale este concepţia pe care o are in ividul privind rolul său în societate. Între diversele roluri asumate, individual, profesional, social, trebuie să se stabilească un echilibru psihic. Efortul de adaptare al omului este cu atît mai dificil cu cît colectivitatea din care face parte îi acordă mai multe responsabilităţi, ceea ce multiplică riscul mintal. Această situaţie atinge un grad major în structurile complexe ale societăţilor industrializate.

— I n d u s t r i a l i z a r e a şi t e h n i c i z a r e a, pe lîngă alte consecinţe biologice favorabile omului pot constitui totodată şi factori de risc pentru sănătatea mintală. Aşa de pildă, automatizarea (producţia de flux şi la bandă rulantă) are drept consecinţe o încordare considerabilă a atenţiei, a motilităţii nervoase rapide, în general o suprasolicitare intelectulă ce uneori depăşeşte posibilitatea de adaptare. Automatizarea, prin monotonia muncii şi caracterul ei solitar, izolează individul într-o lume în care el nu este adaptat, contribuind uneori la apariţia stărilor psihice tensionale.

Mutaţiile demografice şi dezrădăcinările, caracteristice societăţii industrializate obligă individul la reacţii de adaptare de mare intensitate care pricinuiesc tensiuni, nevroze, anxietăţi, la o scară fără precedent. Reacţia de adaptare, cunoscută şi sub denumirea de „stress" poate fi declanşată de orice deplasare sau schimbare în climatul psihologic al omului. Printre consecinţele acestor perturbări psiho-emoţionale se numără consumul crescut de calmante şi somnifere şi creştera ratei drogodependenţilor.

O problemă de stringentă actualitate pentru medicină, cu consecinţe şi în profilul psihiatric este p o l u a r e a m e d i u l u i a m b i a n t. Expunerea continuă a organismului în mediul de viaţă dar mai ales de muncă, favorizează intoxicaţiile cronice, unele din acestea, pe lîngă perturbări ale diferitelor organe sau sisteme, producînd şi manifestări neuropsihice. Astfel, în expunerea la mercur sau sulfură de carbon se întîlneşte

frecvent sindromul astenovegetativ. Muncitorii expuși la CS_2 au afectată capacitatea de muncă, sînt mai puțin sociabili, uneori aceștia prezintă o diminuare a intelectului însoțită de stări depresionale. (12). Cercetările experimentale au demonstrat că agresiunea substanțelor chimice din mediu este urmată de perturbări ale proceselor metabolice ale sistemului nervos, sau a unor mecanisme neuroendocrine de transmitere a influxului nervos. (12). Toate aceste manifestări psihice sînt de o incontestabilă valoare profilactică prin precocitatea apariției lor.

În contextul complex al ambianței de solicitare ce formează cadrul factorilor sociali este greu de precizat care sînt solicitările esențiale sau primare ce intervin în procesele de adaptare și perturbă echilibrul psihic al organismului. De asemeni este greu de precizat cît din aceste manifestări neuro-psihice sînt fenomene de adaptare sau stări morbide. Totuși, un argument incontestabil al efectului nociv al tuturor acestor factori solicitanți îl reprezintă importanța numerică a cazurilor de afectare mintală, cu evoluție ascendentă, care afectează în mare măsură organismele tinere, subliniate de statisticile medicale.

Astfel, în prezența factorilor de risc, de natură foarte diferită, dezechilibrul mintal pare legat în egală măsură și de factorii fizici și socioculturali. Medicului psihiatru, igienist sau de altă specialitate îi revine sarcina de a aprecia importanța relativă a fiecăruia din ei, condiție prealabilă, indispensabilă înainte de a realiza proiecte de prevenire a sănătății mintale.

Pentru a se atinge acest scop, factorii de mediu trebuie situați pe locul lor veritabil, alături de cei genetici, individuali. Nimic nu permite minimalizarea lor.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Enăchescu C. : *Igiena mintală*, Edit. Medicală, București, 1979.
2. Goromosov M.S. : Cahiers de Santé Publique, OMS, Genève, nr. 33, 1968.
3. Hăulică I., Marinescu Gh., Stratone N. : Relațiile interdisciplinare ale psihiatriei, „Socola", Iași, 1976, p. 59.
4. Ionescu G. : Relațiile interdisciplinare ale psihiatriei, „Socola", Iași, 1976, p. 59.
5. Levy A. : Pour une santé de la civilisation, Edit. Maloine, Paris, 1972.
6. Mănescu S. : *Igiena mediului*, Edit. Medicală, București, 1981.
7. Mande R., Masse Nathalie, Manciaux M. : *Pédiatrie sociale*, Edit. Flammarion, Paris, 1972.
8. Petro C. : Igiene mentale, vol. 20, nr. 2—3, 1976, p. 181.
9. Popescu Gr., Rădulescu S. : *Medicina și colectivitățile umane*, Edit. Medicală, București, 1981.
10. Predescu V. și colab. : Igiena, București, vol. 23, nr. 8, 1974, p. 361.
11. Tănăsescu Gh. : Igiena copilului și adolescentului, I.M.F., București, 1979.
12. Zamfir Gh., Mihail Georgeta : Relațiile interdisciplinare ale psihiatriei, „Socola", Iași, 1976, p. 59.
13. * * * : Habitat et Santé Publique. Chronique OMS, Genève, 1964, vol. 18, nr. 12,
14. * * * : Rapport sur la réunion d'un groupe de travail, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1976.

ENVIRONMENT AS A FACTOR OF RISK FOR MENTAL HEALTH

Summary

The recent social advances as well as the ever increasing needs of mental health have placed the concerns for mental sanity protection in the forefront. Among the numerous factors involved in maintaining the bady psychic equillibrium, the exogenous factors, those of the common environment, have a unanimous recognized importance. As external factors that can indirectly affect mental health we can mention : food, habitation, water supplies, and as social factors with direct effects : family, social relationships, technic, pollution of the environment. Although one cannot appreciate the degree in which these factors influence the lack of mental equilibrium, their importance should not be minimized.

ACȚIUNEA SOCIALĂ ÎN MEDIUL DE MUNCĂ ȘI FAMILIAL — ELEMENT AL CONTINUITĂȚII ASISTENȚEI COMPLEXE DE RECUPERARE A DEFICIENȚILOR PSIHICI

Fănica Stăniloiu, Elena Ionescu

Institutul de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă — București

PRINTRE PREOCUPĂRILE DE CERCETARE ALE INSTITUTULUI nostru s-au înscris în ultimii ani și obiective privind stabilirea tipurilor de acțiuni sociale în mediul de muncă și familial al deficienților psihici în scopul recuperării și reinserției lor socio-profesionale.

Recuperarea bolnavului psihic, începută în cadrul spitalicesc unde întreg sistemul de acțiuni recuperatorii se efectuează înntr-o colectivitate artificială, trebuie să se continue și după ce bolnavul a fost redat colectivității reale din care el face parte, în scopul restabilirii valorii sociale și profesionale, a stabilizării rezultatelor obținute și a susținerii bolnavului pe perioada reantrenării la noul statut de om al muncii.

În această etapă sociologul din echipa interdisciplinară își aduce aportul la recuperarea bolnavului psihic prin studierea și aplicarea unor noi forme de recuperare, prin stabilirea unor modele de acțiuni sociale de recuperare diferențiate pe grupe nozologice și în funcție de statutul soical al individului, anterior îmbolnăvirii, precum și la elaborarea unor programe de sănătate mintală pentru diverse tipuri de comunități (urbane, rurale etc.).

Acțiunile sociale sînt necesare și se aplică pe tot parcursul procesului recuperator, ponderea și specificul lor conturîndu-se în funcție de scopul etapei respective de recuperare. Astfel, intervențiile sociale devin prioritare în stadiul final al recuperării care constă în reîncadrarea și readaptarea deficientului psihic la efortul productiv, pînă cînd acesta se plasează la un nivel mediu al randamentului util.

În momentul în care procesul recuperator face posibilă reinserția socioprofesională, deficientul psihic se confruntă pe lîngă problemele sale anterioare — personale și familiale și cu cele legate de reluarea statutului de om al muncii, adică cu probleme privind reantrenarea la efort și relaționarea la noul colectiv de muncă, ceea ce face ca uneori bolnavul psihic să respingă ideea reluării activității profesionale indiferent de consecințe. Ca urmare reinserția bolnavului psihic în familie, în viața socială și profesională implică numeroase aspecte și acțiuni pentru

care nu numai deficientul dar și familia și viitorul gurp de muncă se cer pregătiți.

Acțiunile sociale ce se desfășoară în procesul recuperator se diferențiază în funcție de particularitățile sociale ale fiecărui caz în parte, de grupa nozologică și gradul de deficență. Astfel, sub aspect nozologic a reieșit că în cazul psihopaților pe primul plan în cadrul intervențiilor sociale de recuperare se situează acțiunile de informare, formare și consiliere la nivelul grupului de muncă în vederea ameliorării disfuncțiilor de relație la nivel de grup, pe cînd în cazul nevroticilor sînt necesare în primul rînd intervențiile de consiliere la nivel individual pentru detensionarea față de factorii favorizanți, cît și acțiunile sociale de înlăturare și ameliorare a elementelor determinante și de degrevare a bolnavului de o serie de probleme care îl suprasolicitau. Acțiunile sociale în cazul psihoticilor se desfășoară prioritar la nivelul grupului de muncă pentru crearea unui mediu avizat, a unei atitudini de acceptare și tolerare a bolnavului de către colectiv, iar la nivelul familiei pentru diminuarea atitudinii superprotective a părinților, odată cu intrarea bolnavului într-o perioadă de remisiune cu reîncadrare în muncă.

De asemenea, gradul deficienței psihice prezentate de bolnav determină tipul și forma acțiunilor sociale ce se aplică în recuperare. Astfel, în cazul bolnavilor cu o deficiență psihică accentuată (gr. II invaliditate) pentru a facilita aplicarea programului recuperator în raport de problematică se desfășoară o serie de acțiuni sociale menite să solucționeze unele probleme de ordin social — individuale sau familiale ale deficienților respectivi care contribuie alături de alte metode, la ameliorarea statutului clinic al bolnavilor.

Acțiunile sociale cresc ca pondere, număr și varietate în cazul bolnavilor psihici cu o deficiență medie, încadrat sau nu în grad de invaliditate (gr. III invaliditate sau ITM). În cazul acestora, dat fiind scopul imediat al procesului recuperator — de reintegrare socioprofesională, intervențiile se desfășoară pe mai multe planuri (mediul de muncă, mediul familial și nivel individual) și la diverse nivele (întreprinderi, centrale, ministere, cooperația de invalizi, serviciul de asistență socială ș.a.).

Cercetările efectuate în Institut cît și activitatea curentă de recuperare pe care o desfășurăm ne-au permis să sistematizăm acțiunile sociale pe care le aplicăm frecvent în recuperarea și reinserția deficienților psihici astfel :

— Cunoașterea problematicii sociale obiective și subiective a deficienților pe plan individual, profesional, familial.

— Alegerea inițială a locului de muncă în funcție de forma și stadiul bolii, prognosticul afecțiunii, nivelul pregătirii profesionale, specificul muncii ce urmează a fi prestate și eventualele preferințe ale bolnavului.

— Stabilirea locului de muncă prin discuții cu cadre competente din întreprinderi privind posibilitățile reale de angajare și compatibilitatea restantului funcțional al bolnavului și a pregătirii sale cu solicitările locului de muncă.

— Schimbarea locului de muncă. (Re)orientare profesională, cu sau fără (re)calificare profesională.

— Consilierea la nivel individual pentru formarea unei atitudini favorabile reluării activității, sporirea încrederii bolnavului în posibilitățile sale readaptative

și crearea unui sentiment de securitate socială prin asigurarea supravegherii și susținerii bolnavului pe o perioadă mai îndelungată.

— Socioterapia viitorului colectiv de lucru. Creerea mediului avizat protectiv, a condițiilor atitudinal-ambientale favorabile reinserției realizate prin informare și transmitere de cunoștințe specifice de igiena muncii.

— Optimizarea mediului de muncă (solicitarea îmbunătățirii condițiilor fizice de lucru — noxe, climat, zgomot).

— Obținerea unui regim special de organizare a muncii în funcție de preferințele de orar și ture ale deficientului, sau conform indicațiilor medicale.

— Psihagogia conducătorilor locurilor de muncă. Formarea unui stil adecvat de rezolvare a problemelor create de bolnavul psihic. Eliminarea atitudinilor extreme (toleranță și severitate excesivă).

— Supravegherea în timp a acomodării-adaptării-integrării deficientului (re)încadrat prin contacte lunare și păstrarea legăturii cu întreprinderea și colectivul de muncă.

— Intervenția activă corectivă în sensul schimbării locului de muncă cînd deficientul reîncadrat nu a obținut rezultatele scontate, sau în cazul în care pe parcursul readaptării în muncă au apărut factori noi ce pot favoriza recidiva bolii.

— Acțiunile sociale în mediul de muncă de facilitate a reinserției care constau în apeluri la nivelul conducerii unității și a organizațiilor obștești din întreprindere pentru obținerea cu prioritate a unor drepturi : ajutor material, bilete de odihnă și tratament, locuință corespunzătoare ș.a.

— Cunoașterea modului de realizare a funcțiilor familiei în vederea aplicării măsurilor menite să înlăture acele carențe funcționale ce influențează negativ cooperarea deficientului în recuperarea și reinserția sa. Influențarea cunoștințelor și modificarea deprinderilor.

— Optimizarea mediului familial. Apeluri la diverse foruri pentru rezolvarea unor probleme familiale de ordin economic (locuință, venit), sanitar și educativ (angajarea în muncă a altor membri ai familiei, plasarea minorilor deficienți în centre speciale de învățămînt, internarea altor membri ai familiei în unități de asistență și ocrotire medicală și socială).

— Consilierea socioterapică a grupului familial — informare, formare, învățare — nou regim de viață organizată rațional. Sensibilizarea grupului familial către o atitudine corectă, adecvat-mobilizatoare față de noul statut de angajat al deficientului. Armonizarea cadrului afectiv și moral-educativ. Diviziunea rolurilor menajere, respectarea normelor de igienă, planificarea rațională a timpului de muncă, odihnă și loisir.

— Supravegherea și susținerea în timp a evoluției familiale prin păstrarea legăturii cu familia, prin vizite la domiciliu și prin eventuale acțiuni de intervenție corectivă.

Sociologul realizează acțiunile sociale din planul de recuperare pe baza stabilirii de relații terapetice (la nivel individual, al grupului profesional și al grupului familial), și de relații funcționale și de colaborare cu o serie de instanțe la nivelul întreprinderii (organe de conducere, comportament personal, comisia pentru probleme sociale, organizații de masă și obștești, cabinetul medical de întreprindere) și cu alte cadre de la nivelul Oficiului de forțe de muncă. Oficiul de asigurări sociale și pensii, Consilii populare, Cooperația meșteșugărească și munca la domiciliu, unități speciale de asistență medicală, socială și învățămînt și cu foruri centrale de partid și de stat în scop formativ-informativ. de solicitare a unui sprijin de îndrumare și control.

Aplicarea acțiunilor sociale de recuperare și reinserție este indicată tuturor bolnavilor psihici, indiferent de grupa nozologică, gradul de de-

ficiență și stadiul de recuperare în care ei se găsesc, efectele intervențiilor sociale de recuperare fiind cu atît mai evidente și mai stabile cu cît sînt întreprinse precoce — din timpul concediului medical prelungit pentru poală psihică.

Bibliografia la autori.

SOCIAL ACTION WITHIN THE FAMILY AND WORK ENVIRONMENT — AGENT OF CONTINUITY OF THE COMPLEX CARE OF RECOVERY OF MENTAL DEFFICIENTS

Summary

The recovery of a mentally defficient person, having once been started under medical supervision in the hospital, must also be carried on after the defficient person has returned to the real collective environment he belongs to with the aim of rehabilitating his social and occupational status, of consolidating the former results and of supporting him during his acquiring of a new status as a working person. The sociologist within the interdisciplinary team makes his contribution to the recovery of a mentally defficient person by studying and applying new forms of recovery, by setting down new patterns of recovering social actions differentiated according to the nosological group, the degree of defficiency and the social characteristics of the case. The paper presents the pattern of recovering social actions drawn up and applied by our Institute to the recovery and the socio-occupational reintegration of a mentally defficient person.

CONSIDERAȚII ASUPRA STRUCTURII ȘI TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE LA UN GRUP DE FEMEI — SURSE POLIVALENTE DE BOLI TRANSMISE SEXUAL

Silvia Firicel, E. Soroceanu, E. Martinescu

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

LOTUL SELECTAT PENTRU STUDIU ESTE FORMAT DIN 20 DE cazuri cu repetate internări în clinica dermatologică în perioada mai 1983 — mai 1985, ce au constituit surse polivalente de boli transmise sexual (între 3 și 119 contacți) și care în timpul spitalizării au manifestat un comportament sexual libertin. Aceste cazuri au fost examinate ambulator în serviciul de psihiatrie al Policlinicii nr. 1, nefiind internate în clinica psihiatrică.

Repartiția pacientelor după datele factuale :

1) Vîrstă — între 14—25 ani — 16 cazuri (80%) ;
— între 25—40 ani — 2 cazuri (10%) ;
— între 40—58 ani — 2 cazuri (10%) ;

2) Grad de școlarizare — studii generale — 15 cazuri (75%) ;
— studii medii — 5 cazuri (25%).

3) Profesia — eleve 14 cazuri (70%), muncitoare 2 cazuri (10%), casnice 1 caz (5%), fără ocupație 3 cazuri (15%).

4) Domiciliul stabil — în mediul urban 9 cazuri (45%) ; — în rural (dar școlarizare în mediul urban) 11 cazuri (55%).

5) Stare civilă :
— necăsătorite — 15 cazuri (75%) ;
— căsătorite — 3 cazuri (15%) ;
— divorțate — 2 cazuri (10%).

6) Mediul de proveniență :
— familii organizate — 8 cazuri (40%) ;
— familii organizate dar cu situații familiale conflictuale — 6 cazuri (30%) ;
— familii dezorganizate — 6 cazuri (30%).

Metoda folosită a constat în examinare clinică și psihologică. În urma examinărilor efectuate, testul Raven a oferit următoarele date :
— inteligență peste medie — 2 cazuri (10%) ;
— inteligență medie — 6 cazuri (30%) ;
— inteligență sub medie — 9 cazuri (45%) ;
— debilitate mintală — 3 cazuri (15%).

Testul Rottar din punct de vedere al *orientării afective* evidențiază :
— optimism-media 34% (între 18—56%) ;
— pesimism-media 33,5% (între 13,5—57,5%) ;
— indiferență afectivă-media 28,65% (între 12,5—52%).

La prima vedere nu putem aprecia existența unei tendințe nete în orientarea afectivă. Analiza răspunsurilor a arătat însă o încercare de mascare a reacțiilor firești, precum și tendința de a completa formulele după cum „ar trebui să fie", diferită de punctul de vedere real al subiectului, ceea ce a dus la procentul relativ ridicat de indiferență afectivă, interpretat corect în urma convorbirilor clinice cu pacientele. Astfel, în spatele unei însemnate părți din această „indiferență afectivă", se ascund în realitate afecte de coloratură regativă (teama de boală și urmările ei, grija pentru păstrarea secretului bolii, incertitudine privind realizarea căsătoriei și integrarea la locul de muncă) fapt ce ne determină să concluzionăm că tonusul afectiv al grupului examinat este preponderent pesimist, iar indifernța afectivă, în măsura în care există în mod real, este una din cauzele reglării necorespunzătoare a comportamentului.

Testul Rotter îmbracă următorul aspect privind *orientarea tematică :*

a) introversiune — 40% (în majoritatea cazurilor fiind evidentă preocuparea de propria persoană) ;

b) extraversiune — 22% (referiri la relațiile profesionale sau la o altă persoană — referiri la bărbatul prezent sau viitor, ori viitorul soț pe care îl doresc înțelegător — ele exprimă în același timp dorința de a se realiza pe plan profesional, își doresc un loc de muncă în care să fie respectate și apreciate. În unele cazuri apare aversiunea față de colegii care cunosc și apreciază defavorabil comportamentul bolnavei precum și față de comentariile ironice ale personalului medico-sanitar și de îngrijire).

c) Tendința la generalizare și abstractizare — 19,75% — (considerațiile asupra existenței și probelemelor de viață reliefînd adesea gradul de cultură scăzut al pacientelor). Uneori răspunsurile conțin „masca" pe care pacientele ne-o impun și prin care doresc să fie apreciate.

d) Ipohondria — 5,25% — determinată de teama sau obsesia de boală în sine și urmările ei.

e) Referiri la familia de origine — 9% — viața ancorată în trecut, aprecierea copilăriei ca cea mai fericită perioadă a vieții, atașamentul față de mamă, sînt aspecte prezente în majoritatea chestionarelor completate.

f) Răspunsuri ilogice — 1% — urmare a neînțelegerii unor formulări (ex. : eu detest...)

g) Non-răspunsuri — 3% — urmare a neștiinței sau a refuzului de a răspunde.

La *testul arborelui* am obținut un număr de 80 trăsături de personalitate dintre care cu frecvență crescută au apărut următoarele : imaturitate afectivă, pesimism, dificultăți de adaptare, impresionabilitate, frică de viață, dependență afectivă, nivel intelectual scăzut, dorința de a atrage atenția, simț slab al realității, superficialitate, absența unor obiective precise, inconstanță, indecizie, voință slabă, narcisism, vanitate, mitomanie, insuficientă cristalizare a sentimentelor etice, labilitate emotivă, frică de

realitate, necesitate de contact social, începerea unei experienţe noi dar fără finalitate.

Din punct de vedere al patologiei psihiatrice cazurile se includ în patologia marginală, neîntîlnindu-se nici un caz psihotic, ceea ce explică absenţa spitalizării într-un serviciu de psihiatrie.

Repartiţia cazurilor după :

1) *Nivelul intelectual*
— în limitele normalului — 8 cazuri (40%) ;
— intelect de limită — 9 cazuri (45%) ;
— debilitate mintală — 3 cazuri (15%).

2) *Structura personalităţii*
— armonică — 7 cazuri (35%) ;
— dizarmonică — 13 cazuri (65%).

3) *Prezenţa reacţiilor nevrotice* — 2 cazuri — 10% — au îmbrăcat un caracter polimorf, remarcîndu-se totuşi existenţa elementelor depresive, deşi uneori acestea aveau un caracter demonstrativ, teatral, demascînd fondul dizarmonic, histrionic.

4) *Fondul somatogen* — 1 caz — ateroscleroză. Datorită predominenţei vîrstei tinere în lotul studiat, fondul somatic patogen a fost prezent într-un singur caz.

5) *Drogodependenţa* — 1 caz cu etilism cronic, în rest se constată abuzul de alcool, cafea şi tutun la toate cazurile studiate.

6) *Tulburări asociate* — tulburări de comportament pe fond hipofren — 4 cazuri (20%) ;
— Tulburări de comportament pe fond de debilitate mintală — 2 cazuri (10%) ;
— Relaţii nevrotice pe fond hipofren — 1 caz — 5% ;
— Etilism cronic pe fond de debilitate mintală agravat prin ateroscleroză — 1 caz (5%). Deci din lotul studiat 40% prezintă tulburări asociate.

Nu ne-am ocupat de motivaţia practicării libertinajului, motivaţie emisă de înseşi pacientele grupului luate în studiu (lipsesc metode de verificare a părţii de adevăr) dar am remarcat că majoritatea dintre ele au avut tendinţa de a aprecia libertinajul ca un comportament firesc, normal, şi cunoscînd restricţiile morale impuse de societate îşi propun revenirea în viitor la modelul sexual monogam.

Concluzii. Analizînd rezultatele obţinute s-au evidenţiat următorii factori de risc în apariţia şi menţinerea surselor polivalente de boli transmise sexual : vîrsta tînără şi chiar foarte tînără, proveniența din familii dezorganizate sau organizate, dar cu situaţii familiale conflictuale, nivelul intelectual şi de cultură scăzut, structurarea dizarmonică a personalităţii, inserţia socio-profesională necorespunzătoare, tendinţele narcofilice, statutul de necăsătorit, precum şi influenţa urbanizării subiecţilor proveniţi din mediul rural.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Allport W. Gordon : *Structura şi dezvoltarea personalităţii,* EDP, Bucureşti, 1981.
2. Bernescu E., Martinescu E., Soroceanu E. : Rapoarte şi comunicări la Consfătuirea anuală de dermatologie pe ţară, Cluj-Napoca, pp. 144—145.
3. Brânzei P. : *Itinerar psihiatric,* Edit. Junimea, Iaşi, 1975.
4. Predescu V. : *Psihiatrie,* Edit. Medicală, Bucureşti, 1976.
5. Roşca M. : *Metode de psihodiagnostic,* EDP, Bucureşti, 1964.

CONSIDERATIONS ON THE STRUCTURE AND PERSONALITY DISORDERS IN A GROUP OF FEMALES — SOURCES OF SEXUALLY TRANSMISSED ILLNESSES

Summary

The study comprised a sample of 20 pacients — sources of sexually transmissed illness out of the files of the clinic for dermatology and who manifested a libertine sexual behaviour. The applied methodology revealed the psychological profile and personality disorders in this group and, at the same time, the risk factors : the young age, ascension from disorganized families, low intellectual level, disharmonic structure of personality, improper social and professional insertion, narcophilic tendencies, unmarried state and the influence of urbanization of the subjects coming from rural environment.

CONTRIBUȚII LA STUDIUL PERCEPȚIEI MIȘCĂRII LA BOLNAVII PSIHICI

V. Pelin, L.V. Filimon, L.F. Filimon, L. Ștefănescu

Spitalul Județean Bacău

SE ȘTIE CĂ PERCEPȚIA MIȘCĂRII SE REALIZEAZĂ ATÎT CONștient, ca evaluare prin metode empirice sau calcule învățate a spațiului parcurs de un mobil, cît și inconștient, pe baza analizei semnalelor senzoriale și a operațiilor mintale autonome. Cercetarea noastră a pornit tocmai de la premiza că, tulburările nervoase care angajează ambele planuri — conștient și inconștient —își au ecoul în percepția mișcării. Deja datele statistice generale au demonstrat corelarea tulburărilor conștiinței sub influența tranchilizantelor etc. ; cu procentajul crescut al accidentelor de circulație și în general cu accidentele de muncă.

În literatura de specialitate, studiul percepției mișcării se limitează la determinarea vitezei de reacție simple — semnal luminos — apăsarea butonului care întrerupe cronomatul — și complexe — producerea mai multor semnale la care subiectul recepționează selectiv, apăsînd cînd cu o mînă (picior), cînd cu cealaltă. Așa cum se observă, studiul propriu-zis al mișcării exprimată prin deplasarea unui semnal luminos cu o anumită viteză nu a preocupat pînă în prezent specialiștii din neuropsihiatrie, datorită lipsei mijloacelor de testare adecvate.

Pentru eliminarea acestui neajuns noi am construit un aparat (brevet de invenții nr. 85624/1984) care permite studiul direct al mișcării și măsurarea metrică a pragului diferențial al percepției mișcării .

Aparatul pentru măsurarea percepției mișcării este format din două dispozitive de accelerare a unui semnal luminos ce sclipește sau se deplasează liniar pe toată gama frecvenței (de la pragul minimal la pragul maximal), primul manevrat de experimentator, care stabilește o viteză model, al doilea manevrat de subiect, pentru a construi o viteză egală cu cea dată ca model. Diferențele de apreciere pozitivă sau negativă constituie eroare în percepție și se măsoară la un cadran gradat. Măsurătorile efectuate pe un lot de 100 adulți normali și 90 cu tulburări psihice ne-au dat posibilitatea să delimităm curba erorilor în percepția vitezei. Grupa de bolnavi psihici cuprinși în limitele de vîrstă de 21—62 de ani (40 femei și 50 bărbați) sînt repartizați astfel după afecțiuni :

— reacții psihogene de adaptare — nevroze = 31 (19 F, 12 B.) ;
— oligofreni = 3 (1 F, 2 B) ;
— psihoze predominant endogene = 32 (17 F, 15 B) ;
— psihoze predominant exogene = 27 (8 F, 19 B) ;
— psihosindroame endo-exogene = 7 (7 B).

TABEL CU DATELE REZULTATE DIN TESTAREA A 190 DE SUBIECȚI

Nr. crt.	subiecți	Nr.	performanțe	
			normale 0—6 div.	deviate 7—14 div.
1.	Normali	100	94	6 (6%)
2.	Bolnavi psihic — total	90	37	53 (58%)
	— reacții psihogene de adaptare — nevroze	31	21	10 (32%)
	— prihoze predominant endogene	32	15	17 (53%)
	— psihoze predominant exogene	27	1	26 (96%)

Datele înregistrate ne arată că pragul diferențial în percepția vitezei oscilează la adulți între +3 și —4 diviziuni. Erorile ce depășesc 6 diviziuni se înscriu în clasa indivizilor lipsiți de aptitudini (6%), sau a celor cu tulburări psihice (58%). Comportamentul perceptiv al bolnavilor psihici este influențat de modalitatea subiectivă de inducție ideo-afectivă, randamentul diminuat explicîndu-se prin intervenția fenomenului hipoestezic, prin scăderea acuității perceptive. Modificarea pragului de excitabilitate optimă determină modificări de activitate corticală, ce nu mai corespunde analizei și sintezei implicate în percepția vitezei. Admițînd existența unor diferențe între extra și intraversiune în ceea ce privește capacitatea de percepție vizuală, — în afecțiunile cu stări reactive inhibitive puternice (dezvoltînd modele extraverte de comportament) pragurile senzoriale mai coborîte determină reacții mai puternice la stimulările vizuale (supraapreciind viteza în 60% din cazurile experimentale);

— în situațiile cu inhibiții reactive slabe, cu predispoziție spre modele introvertite de comportament se constată subaprecierea vitezei stimulului vizual prezentat.

Considerăm că diferențele nu implică caracteristici pur senzoriale, ci s-ar datora mai ales unui proces de decizie, explicînd interacțiunea dintre personalitatea morbidă a acestor categorii de bolnavi și natura stimulului perceptiv, a sarcinii prezentate. Concordanța reactivității bolnavului cu realitatea experimentală ne permite o primă orientare care se cere completată cu datele obținute din aprofundarea celorlalte funcții cognitive și a întregii personalități.

Aparatul construit de noi permite măsurarea pragului diferențial al percepției mișcării și ca mijloc de psihodiagnoză medicală, se anunță deosebit de eficent în cazul psihozelor dominant exogene (alcoolism, intoxicări cu medicamente, psihoze traumatice — 96%). Utilizarea experimentului în medicină contribuie la precizarea diagnosticului unor maladii și la înțelegerea mecanismului lor fiziologic.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Ciofu, I., Golu, M., Voicu, C.: *Tratat de psihofiziologie*, Edit. Acad. R.S.R., 1978.
2. Fraisse, P.: *La psychologie du temps*, Presses Univ. de France, Paris, 1957.
3. *La perception* — Symposium de L'Association de psychologie de lanque française, Presses Univ. de France, Paris, 1955.
4. Minkowski, E.: *Traite de psychopathologie*, Presses Univ. de France, Paris. 1966.
5. Roșca, A.: *Metodologie și tehnici experimentale în psihologie*, Edit. Științifică, București, 1971.
6. *Viitorul psihiatriei*. Adaptare, integrare, recuperare (sub red. Brânzei P.), Sesiune Științifică, Spitalul „Socola", Iași, 1980.
7. Vurpillot, E.: *La perception de L'espace*, în *Traite de psychologie experimentale*, fasc. VI, Presses Univ. de France, 1963.

CONTRIBUTIONS ON THE STUDY OF MOVEMENT PERCEPTION IN PSYCHIC PEOPLE

Summary

Using an original test apparatus („Apparatus for measuring the speed perception" — licenced invention N. 85624 (1984) V. Pelin and his collaborators have done measures of speed perception of a light stimuli in a group of 90 psychic persons at the psychiatric section of Bacău Hospital.

The result data have demonstrated that the differential in the speed perception vacillates between + 3 and — 3 divisions. The errors which pass over 6 divisions are enlisted in the group of persons without ability (6%) or of those with psychic troubles (58%).

The apparatus which we have built allows measuring the differential threshold of perception and as a means of medical psychodiagnosis it will be very efficient in the problem of dominant exogenous psychologies.

The use of this experiment in medicine contributes to a better understanding of physiology mechanism.

GENETICA ÎNAPOIERII MENTALE
(Inapoierea mentală legată de cromozomul X)

T. Pop, Doina-Maria Ioan, C. Maximilian

Dispensarul Policlinic Suceava
Institutul „C.I. Parhon" — București

NUMEROASE CERCETĂRI EPIDEMIOLOGICE AU DEMONSTRAT CĂ în familiile în care există doi sau mai mulți înapoiați mentali predomină băieții (Moser și col. 1983). S-a remarcat apoi, de mult, că în instituțiile pentru handicapații mentali există un exces de băieți (Penrose, 1983). Deși observațiile erau concludente statistic, Penrose nu a bănuit că pe cromozomul X ar putea exista mutații specifice pentru înapoierea mentală.

Din acest mare grup a fost individualizat recent un sindrom cu totul caracteristic. Sindromul a fost conturat în etape. În 1964 Renpenning a separat din marele grup al înapoierii mentale o formă condiționată de o mutație situată pe cromozomul de sex X. Cinci ani mai tîrziu, Lubs (1969) a descoperit la băieții cu această formă de înapoiere mentală prezența unui cromozom X fragil —q ter [fra(X) 27 sau 28)]. S-a remarcat apoi că înapoierea mentală este frecvent asociată cu macroorhiție (Turner și col. 1975). Puțin mai tîrziu Turner și col. (1978) au asociat cele trei particularități într-un sindrom caracteristic : sindromul de înapoiere mentală cu sit fragil X. Sindromul se distinge deci prin : înapoiere mentală, macroorhiție și cromozom X fragil. De atunci au fost publicate mai multe familii cu acest sindrom care deși pare să fie frecvent este rareori diagnosticat. Se presupune că 10—18% dintre copiii înapoiați mental fără malformații somatice majore au acest sindrom (Turner, 1974).

Noi am identificat acest sindrom la doi veri primari (ale căror mame erau surori).

Obs. I. Copilul M.I., de 15 ani este trimis laboratorului nostru pentru investigații citogenetice. S-a născut la termen după o evoluție intrauterină fără probleme. Cîntărea 3250 gr. și măsura 52 cm. Creșterea a fost normală. În jurul vîrstei de 3 ani părinții au observat o ușoară întîrziere psihică. Nu avea nici o malformație evidentă. În timp au apărut tulburări de vorbire. Vorbea incoerent cu propoziții scurte, neterminate. Dificultățile psihice au fost întotdeauna moderate. La examenul clinic se constată că bolnavul este normal dezvoltat. Prezintă cîteva anomalii somatice : față ușor triunghiulară ; mandibula moderat proeminentă ; relief supraorbitar ușor reliefat, urechi mari și depărtate de cap. La examenul genital se remarcă volumul mare al testiculelor. Ele sînt de două ori

mai mari decît testiculele normale. Penisul are dimensiuni normale. Pubertatea s-a desfășurat normal.

Investigațiile hormonale de rutină — T_3, T_4 LH, FSH, Prolactină, testosteron plasmatic, cortizol — sînt în limite normale. Determinările biologice obișnuite sînt de asemenea normale.

Examenele radiologice — radiografie craniană, radiografie de coloană vertebrală — nu reliefează nici o modificare patologică.

Dermatoglifele — Dr. Marta Ciovîrnache — intră în limitele de variabilitate obișnuită.

Părinții copilului au refuzat biopsia testiculară.

Obs. II. Copilul C.V., de 16 ani ne este trimis pentru investigații citogenetice peoarece prezintă o moderată înaapoiere mintală. El este văr primar cu copilul M.I. Ca și în cazul precedent copilul prezintă anomalii somatice necaracteristice — față ușor triunghiulară, urechi decolate. Tulburările de limbaj sînt similare tulburărilor pe care le prezintă vărul lui.

Investigațiile de rutină sînt neconcludente.

Examen citogenetic. Pentru identificarea X-ului fragil am folosit un mediu de cultură relativ sărac în acid folic — 199. Mediile bogate împiedică apariția markerului.

Rezultate. X-ul fragil a fost observat în 11—17% dintre celulele studiate. După descoperirea X-ului fragil am studiat și mamele celor doi copii. Ele sînt heterozigote. Conform așteptărilor și ele au într-un număr redus de celule -3-76 — același marker.

Discuții. Sindromul de înapoiere mentală cu X fragil este unul dintre cele mai importante tulburări diagnosticabile citogenetic. Alături de sindromul Down constituie cea mai importantă cauză a înapoierii mentale. A fost raportat în populații diverse și se poate presupune că este o caracteristică de specie.

Așa cum s-a subliniat anterior, sindromul se distinge prin prezența unui X fragil. Frecvența markerului este însă variabilă. Ea oscilează între 8% și 50% — variabilitatea este condiționată, se pare, în deosebi, de condițiile de cultură, de vîrsta bolnavilor sau heterozigoților.

Sub raport clinic sindromul se distinge prin malformații reduse : menționate mai înainte. Înapoierea mintală nu este importantă. Predomină tulburările de limbaj : incoerența limbajului a fost remarcată de majoritatea celor care au studiat asemenea copii. Unii dintre băieții afectați au crize comițiale (Venter și colab., 1981).

Macrcorhiția este însă anomalia care poate orienta diagnosticul. Volumul testiculelor depășește de 2—3 ori volumul testiculelor copiilor sau adulților normali. În medie este de 58 mm. testiculul drept și 55 mm. cel stîng — față de 16,8 mm. volumul obișnuit (Zachmann și col., 1974). Testiculele au consistență normală. Rezultatele biopsiei au fost variabile. În general s-au remarcat modificări minore. Macroorhiția a fost observată și la copii abia născuți și prepubertar și post pubertar (Jennings, 1980). Nu se știe încă dacă macroorhiția poate fi detectată constant post-natal.

Faptul că pubertatea decurge normal și că investigațiile hormonale nu detectează modificări patologice sugerează că gonadele funcționează normal. (Herbst, 1980).

Diagnostic diferențial. S-au identificat cel puțin 47 de sindroame de înapoiere mentală condiționată de mutații recesive situate pe cromozomul

de sex X. Frecvent ele sînt asociate cu malformații somatice suficient de sugestive pentru stabilirea diagnosticului. Totuși, sub raport clinic sindromul trebuie diferențiat în primul rînd de sindromul de trizomie 8. Așa cum remarcau Turleau și col. (1979) băieții afectați au fața alungită, ușor triunghiulară, buza inferioară eversată și urechile deslipite, așa cum au copiii cu un cromozom 8 supranumerar.

Deosebit de complexă este diferențierea sindromului de înapoiere mentală cu sit fragil X de celelalte forme de înapoiere mentală legate de X, similare clinic :

— sindromul Martin-Bell, include cele mai multe cazuri de înapoiere mentală cu sit fragil ;

— sindromul Allan — se distinge prin prezența microcefaliei ;

— sindromul Renpenring — este similar cu sindromul de înapoiere mentală cu sit fragil deși bolnavii descriși de Renpenning aveau testicule de dimensiuni normale și nu au markerul cromozomial (Fox și col., 1980) ;

— sindromul Howard-Peebles — nu are nici una dintre caracteristicile sindroamelor menționate ;

— sindromul Juberg-Marsidi se distinge prin hipotrofie staturală, surditate și microgenitalism. Este ușor de diferențiat.

Mod de transmitere.

Sindromul se transmite recesiv legat de cromozomul X. Fragilitatea cromozomială este prezentă și la mamele băieților afectați — dacă sînt heterozigote. Este important de subliniat faptul că un procent oarecare dintre heterozigote sînt și ele înapoiate mental. Fenomenul ar putea fi atribuit inactivării preferențiale a cromozomului X normal, conform teoriei lui Mary Lyon. Sutherland (1979) a remarcat că frecvența X-ului marker diminuă cu vîrsta. Uneori acești cromozomi dispar. De aceea Turleau și col. (1979) presupuneau că nu se poate stabili dacă tulburarea este constant condiționată genetic, sau survine de novo. Totuși, numeroasele cazuri familiale cunoscute sînt un puternic argument în sprijinul teoriei ereditare a tulburării.

Patogenia este incertă. Se poate presupune că înapoierea mentală asociată cu malformații somatice minore și macroorhiție este expresia unei mutații mari care interesează grupul de gene din zona fragilă și poate și genele situate distal de situl fragil. Trebuie remarcat însă că în cercetările de rutină se pot observa, într-o frecvență foarte mică cromozomi X fragili, la indivizi normali clinic.

Tratament. Administrarea acidului folic și a vitaminelor din grupa B are deseori efecte favorabile. Inițial s-a crezut că acidul folic ameliorează coeficientul de inteligență. Speranțele au fost infirmate de cercetările longitudinale. Acidul folic ameliorează totuși comportamentul acestor copii. Tratamentul trebuie continuat indefinit. Rezultatele apar în general după mai multe luni de la începerea tratamentului.

Sindromul ar trebui diagnosticat corect deoarece acum poate fi identificat prenatal. Se poate admite astfel că în viitorul previzibil incidența sindromului va diminua.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Herbst D.S. : Am. J. Med. Genet., 1980, nr. 7, p. 443.
2. Jennings M., Hall J.G., Hoehn H. : Am. J. Med. Genet. 1980, nr. 7, p. 417.
3. Lubs H.A. : Am. J. Med. Genet., 1979, nr. 21, p. 231.
4. Renpenning H., Gerrard J.W., Zaleski, Tabata T. : Canad. Med., Ass. J., 1962, nr. 87, p. 954.
5. Sutherland G.R. : Am. J. Hum. Genet., 1979, nr. 31, p. 136.
6. Turleau C., Czernichow P., Gorin R., Royer P., de Grouchy J. : Ann. Génét., 1979, nr. 3, pp. 224, 205.
7. Turner G., Turner B : J. Med. Genet., 1974, nr. 11, p. 109.
8. Turner G., Eastman C., Casey J., Mc Leay A., Procopis P., Turner B. : J. Med. Genet., 1975, nr. 12, p. 367.
9. Zachmann M., Prader A., King H.P., Halflinger H., Budliger H. : Helv. Pediat. Acta., 1974, t. 29, p. 61.

GENETICS OF MENTAL RETARDATION
X-linked mental retardation

Summary

X-linked mental retardation with sit fragile seems to be very frequent. However, it is seldom diagnosed citogenetically. We have studied two first degree cousin who hab besides moderate mental retardation a number of somatic malformations such as triangular face, relatively developed mandible, large ears. Cytogenetic examination revealed in 11—17% of the cells the characteristic X chromosome. The same feature was found in their mothers in 3—7% of the cells. Administration of follic acid has brought improvement in the behaviour of these boys. Correct diagnosis is necessary as this syndrome can be pre-natally diagnosed.

CONTRIBUȚII LA DIAGNOSTICUL SEROLOGIC AL PANENCEFALITEI SCLEROZANTE SUBACUTE (PESS)

M. Duca, Elisabeta Bernescu-Sărăcăceanu, Lidia Ionescu

Institutul de Medicină și Farmacie Iași ;
Disciplina de Microbiologie
Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

ÎN SERUL SANGUIN ȘI ÎN L.C.R. DIN PANENCEFALITA SCLEROzantă subacută (PESS) sînt prezenți în titruri mari anticorpi rujeoloși care pot fi evidențiați în reacția de fixare a complementului, reacția de hemaglutinare pasivă, reacția de imunofluorescență indirectă (5, 9).

În LCR al bolnavului pe PESS numărul de celule nu este crescut dar se constată o creștere a celulelor plasmatice și a limfocitelor activate alături de creșterea moderată a proteinelor totale. Atît în LCR cît și în ser, electroforeza indică benzi de imunoglobuline oligoclonale constînd din anticorpi IgG_1 cu rată crescută de lanțuri kappa : lambda. 70—75% din IgG prezente în LCR sînt anticorpi antirujeoloși, fapt demonstrat de absorbția benzilor oligoclonale de către antigen rujeolos iar benzile eluate lizează, în prezența complementului, celule infectate cu virus rujeolic (5, 8). Cantitatea crescută de IgG prezentă în LCR, raportul anticorpi în ser/LCR crescut exclusiv pentru IgG antirujeolă și prezența de subclase anormale de lanțuri grele și ușoare, alături de paucitatea de celule în LCR și infiltrația limfocitară și cu celule plasmatice în SNC sînt argumente doveditoare că în PESS IgG sînt sintetizate local, în creier (5, 14).

În consecință, criteriile diagnosticului de laborator al PESS utilizate curent pentru studiul clinic și supravegherea epidemiologică a bolii sînt :

1. punerea în evidență a anticorpilor rujeoloși în LCR ;
2. aspectul caracteristic al electroencefalogramei ;
3. evidențierea leziunilor histologice tipice în biopsia cerebrală sau la necropsie (17).

Avînd în vedere specificitatea testelor și posibilitățile de realizare în laboratorul clinic, primul criteriu menționat mai sus este cel mai utilizat în practica diagnosticului, de unde importanța crucială a alegerii tehnicilor folosite pentru evidențierea anticorpilor în LCR și în ser.

Studii epidemiologice sub egida OMS, bazate pe satisfacerea criteriilor diagnosticului de laborator, au stabilit că riscul de PESS ar fi de 0,5—2,0 la 100.000 cazuri de rujeolă și de 0,05—0,1 la 100.000 doze de vaccin (18). În contrast cu datele de mai sus, în literatura medicală din

țara noastră în ultimii cîțiva ani au apărut relatări despre un număr foarte mare de cazuri de PESS, diagnosticate pe baza examenului LCR prin reacția de inhibare a hemaglutinării (4, 10, 11, 13).

Pornind de la această discrepanță epidemiologică și avînd în vedere, pe de o parte, varietatea etiopatogenică a infecțiilor virale acute și cronice a SNC (3, 4, 7, 8) și, pe de altă parte, exigențele diagnosticului de laborator al PESS (7, 9, 17, 18), am inițiat o cercetare de laborator privind măsura în care se poate acorda încredere reacției de inhibare a hemaglutinării folosită ca singur test pentru evidențierea anticorpilor rujeoloși în ser sanguin și mai ales în LCR în stabilirea unui diagnostic de mare severitate și răspundere cum este acela de PESS.

Studiul de față se referă la un grup de 41 bolnavi în etate de 3—15 ani (media : 7,6), internați în spitalele clinice de psihiatrie și de boli infecțioase din Iași în intervalul 10 iulie 1981 — 27 septembrie 1984, constituiți în două loturi :

a) 31 bolnavi (17 băieți și 14 fete) cu caracteristici clinice și epidemiologice compatibile cu diagnosticul de PESS ; dintre aceștia, 26 au fost cercetați pentru prezența anticorpilor inhibitori atît în ser cît și în LCR ;

b) 10 bolnavi cu alte manifestări neuropsihice și care au reprezentat lotul martor.

Utilizînd atigene de virus rujeolos preparate de Institutul Cantacuzino București, au fost efectuate reacția de inhibare a hemaglutinării (RIH), reacția de fixare a complementului (RFC) și reacția de imunohemoliză radială (RIHR), cu probele de cercetat (ser și LCR) în stare nativă și, în paralel după absorbție pe hematii și după tratare cu caolin pentru îndepărtarea inhibitorilor nespecifici.

Din rezultatele noastre reiese că folosirea LCR ca atare (netratat) în RIH cu antigen rujeolos, evidențiază la 24 din 31 bolnavi titruri inhibitorii relativ mari care, cu puține excepții, sînt concordante cu acele găsite în serul sanguin neabsorbit pe caolin recoltat la același bolnav. Absorbția pe hematii de cercopitec coboară titrul inhibitor la 12 din 24 bolnavi testați iar absorbția pe caolin anulează capacitatea inhibitorie a LCR la 21 din 24 bolnavi. Rezultatele obținute în RIH cu serul sanguin și cu LCR conduc la concluzia că în ambele lichide biologice sînt prezente materiale cu proprietăți inhibitorii nespecifice și că, pe de altă parte, absorbția pe caolin în afară de acțiunea de îndepărtare a acestora ar avea și o acțiune detrimentală asupra anticorpilor specifici prezenți în LCR. Am încercat să delimităm cele 2 activități ale absorbției pe caolin determinînd variațiile titrului inhibitor al hemaglutinării (măsurat în RIH), a anticorpilor activatori de complement (măsurat prin RIHR) și a cantității de IgG, (măsurată prin testul IDR, Mancini și testul EID, Laurell) în serul sanguin la 3 bolnavi cu titruri inhibitorii mari și clinică sugestivă pentru PESS.

Rezultatele relevă faptul că absorbția pe caolin reduce în foarte mică măsură concentrația de IgG (diametru ariilor de precipitare în testul Mancini și înălțimea conurilor în testul Laurell sînt nesemnificativ modificate). În schimb, ariile de hemoliză prezente în imunoplăci ca urmare a activității complementului de către anticorpii specifici nu sînt reproduse și de serul adsorbit pe caolin.

Discuții. Cercetarea cu metode serologice și imunochimice de primă generație a serului sanguin și LCR recoltat de la 31 bolnavi cu mani-

festări chimice de PESS relevă faptul că, foarte probabil, atît în serul sanguin cît și în LCR sînt prezente materiale cu acțiune inhibitorie nespecifică a aglutinării hematiilor de cercopitec de către antigenele hemaglutinante distribuite în vederea diagnosticului de PESS. Adsorbția LCR pe caolin, cu 3 excepții, anulează complet titrul inhibitor inițial. Cercetarea prin metode imunochimice a relevat însă faptul că absorbția pe caolin nu îndepărtează în mod semnificativ imunoglobulinele G din serul tratat, deci este de așteptat că nu ar modifica nici conținutul în anticorpi IgG_1 rujeoloși care în PESS reprezintă 70—75% dit total gamaglobuline în LCR (5, 8).

Pe de altă parte însă, faptul că în LCR din PESS există imunoglobuline oligoclonale produse local (14) și a căror comportare față de caolin nu a fost încă cercetată, nu se poate exclude o eventuală acțiune detrimentală a caolinului asupra anticorpului specific de subclasă IgG_1, deși o asemenea activitate este recunoscută în prezent numai față de IgM (1, 12). În puține cazuri cercetate de noi, imunoelectroforeza nu a evidențiat existența de linii sugerînd imunoglobuline oligoclonale.

Avînd în vedere problemele încă nesoluționate practic legate de prezența posibilă a inhibitorilor nespecifici, reacția de inhibare a hemaglutinării a fost părăsită în diagnosticul de laborator al PESS și se recomandă în acest scop reacțiile de fixare a complementului, de hemaglutinare pasivă, de imunofluorescență indirectă (5, 8, 9). În SUA, tehnica de rutină folosită pentru evidențierea anticorpilor rujeoloși în LCR și care se află la baza programului național de supraveghere a PESS, ca dovadă a sintezei intratecale de anticorpi, este reacția de fixare a complementului.

Concluzii. Cercetarea serului sanguin și a LCR provenind de la 31 cazuri cu diagnostic clinic de PESS prin metode serologice și imunochimice de primă generație sugerează prezența posibilă de inhibitori nespecifici care alterează rezultatul reacțiilor de inhibare a hemaglutinării cu antigenele distribuite în prezent în scop diagnostic. Tratarea cu caolin reduce mult titrul inhibitor al serului și anulează pe acela găsit în LCR. Nu s-a putut exclude, în condițiile tehnice folosite, o activitate nocivă a caolinului asupra imunoglobulinelor oligoclonale IgG_1 prezente în LCR la pacienții cu PESS.

Datele obținute justifică înlocuirea reacției de inhibare a hemaglutinării prin altă reacție antigen-anticorp, neinfluențată de prezența inhibitorilor nespecifici ; se recomandă în acest scop reacția de fixare a complementului și/sau reacția de imunohemoliză radială.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Black F.L. : Measles and Mumps, în N.R. Rose și H. Friedman (ed.) : *Manual of Clinical Immunobiology,* Amer. Soc. Microbiol., Washington, DC, second edition, 1980.
2. Bradstreet C.M.P. și Taylor C.E.D. : Monthly Bull. Min. Hlth. PHS, 1962, vol. 21, pp. 96—104, și Rev. Med. Chirurg., Iași, 1977, vol. 81, pp. 141—150.
3. Cathala F. : Bull. WHO, 1983, vol. 61, pp. 563—581.

4. Cernescu C., Cajal N.: *Patogenia infecției virale cronice*, Edit. Acad. R.S.R., București, 1983.
5. Compston D.A.S.: Neurological Diseases, în E.J. Holborow și W.G. Reeves (editori): Immunology in Medicine, 1983, Grune Dr. Stratton, London — New York, pp. 480—482.
6. Duca M. și colab.: Bull. WHO., 1979, vol. 57, pp. 937—942.
7. Duca M.: Rev. Med. Chirurg., 1983, vol. 87, pp. 365—372.
8. Johnson R.T.: *Viral Infections of the Nervous System*, 1982, Raven Press, New York, pp. 244—252.
9. Marrousu M.G.: Ann. Neurol. Psychiatr., 1982, vol. 76, pp. 19—28.
10. Milea Șt. și colab.: Rev. Roum. Méd. Neurol. Psychiat., 1979, vol. 17, pp. 41—51.
11. Milea Șt. și colab.: Rev. Med. Chirurg., Iași, 1982, vol. 86, pp. 548—549.
12. Norrby E.: Measles Virus, în E.H. Lennette și colab. (edit.): *Manual of Clinical Microbiology*, Amer. Soc. Microbio., Washington D.C., third edition, 1980.
13. Popovici Fl. și colab.: Rev. Med. Chirurg., Iași, 1983, vol. 87, pp. 43—47.
14. Salmi A.A., Norrby E., Panelius M.: Infect. Immun., 1972, vol. 6, pp. 248—254.
15. Schild G.C., Pereira M.S.: Chakraverty P.: Bull. WHO, 1975, vol. 52, p. 43.
16. Wesslen L.: Scand. J. Infect. Dis., 1978, vol. 10, p. 15.
17. WHO, Wkly Epidemiol. Rec., 1983, vol. 58, p. 81.
18. WHO, Wkly Epimediol. Rec., 1984, vol. 59, pp. 13—15.

REMARKS ON SEROLOGICAL DIAGNOSIS OF SUBACUTE SCLEROSING PANENCEPHALITIS (SSPE)

Summary

Detection of measles antibodies in the cerebrospinal fluid (CSF), along with a characteristic pattern on electroencephalography or typical histological findings in brain biopsy or postmortem material, represents the supporting laboratory routine evidence of SSPE.

In 26 cases of clinically suspected SSPE, measles antibodies both in serum and CSF have been titrated by the haemagglutination-inhibition (HI) and other serological and immunochemical tests.

The study revealed the presence in CSF of nonspecific inhibitors of viral haemagglutination: all but three gave false positive results in the HI-test performed with native (untreated) CSF.

The authors advise to use with CSF other serological tests than HI, namely complement fixation, single radial haemolysis or passive haemagglutination.

INCIDENȚA PNEUMONIILOR ACUTE INTERSTIȚIALE VIROTICE LA BOLNAVII PSIHICI

C.I. Mâță, Lizeta Mâță
Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

PNEUMONIILE INTERSTIȚIALE ACUTE AU FOST DESCRISE DE Reiman în 1938. Ravensway (2) în trei ani a observat 1.862 cazuri de pneumonii interstițiale virotice față de 62 pneumonii clasice, iar Boucher (1) afirmă că pneumoniile virotice sînt astăzi de opt ori mai frecvente decît cele bacteriene, datorită utilizării pe scară largă a antibioticelor.

La bolnavii psihici pneumoniile acute interstițiale de etiologie virotică reprezintă un factor important de morbiditate supraadăugat. Observațiile noastre se referă numai la cazurile internate în spital. Au fost diagnosticate 135 de pneumonii acute interstițiale. Din datele anamnestice am reținut o serie de factori favorizanți cu risc crescut pentru afectarea acută a aparatului respirator ca: fumatul, alcoolismul, terenul distrofic (sechele traheo-bronho-pulmonare) cu disfuncția ventilației și a circulației, variații termice etc. Acești factori au fost prezenți la 85 la sută din cazuri.

Diagnosticul de pneumonie interstițială acută probabil de origine virotică s-a făcut pe baza unei analize minuțioase a semnelor clinice, a conjuncturii epidemiologice, în contextul datelor de laborator și a examenului radiologic care ne-a oferit datele cele mai importante și esențiale. În urma analizei acestor date oricît ar fi ele de relative, am constatat un număr de 84 cazuri de pneumonii acute interstițiale la bolnavii psihotici (cu dezorganizare mintală) iar restul de 51, la cei remiși sau în curs de remitere.

După anotimp, incidența a fost cea mai crescută în lunile de maximă variație a climei. Debutul a fost acut cu febră ridicată, tuse, dispnee, cianoză și semne stetacustice pulmonare evidente la 73 de pacienți. Dintre aceștia 60 au fost bolnavi psihici cu dezorganizare mintală iar restul de 13, cu boala psihică remisă sau în curs de remitere. Sindromul de debut insidios cu febră moderată, tuse seacă și semne stetacustice pulmonare minime, le-au prezentat 62 de observații, din care 24 au fost pacienți cu discernămîntul mintal dezorganizat iar 38, în curs de remitere sau remiși. La majoritatea cazurilor am găsit prezent catarul faringo-laringo-conjunctival. Leucograma în majoritatea cazurilor a arătat o formulă normală și numai la 39 de cazuri a fost modificată prin leucopenie, limfomonocitoză sau granulocitoză. WSH-ul a arătat valori normale iar în 8 cazuri valori ridicate moderat. Sputa și secrețiile nazo-faringiene a pus în evidență o floră microbiană nespecifică.

Datele cele mai importante ne-au fost furnizate de examenul radiologic, efectuat sistematic și curent, care ne-a arătat modificări pulmonare evidente. Aceste modificări s-au caracterizat printr-o capacitate difuză de intensitate moale, neuniformă, hilifugă, dominată de îngroșarea traveelor vasculo-conjunctive întinse bazal și intercleidohilar, respectînd

regiunea vîrfurilor și periferia cîmpurilor pulmonare. În toate cazurile observate, evoluția clinică a fost favorabilă, cu excepția a două cazuri în jur de 60 de ani care au decedat. Ștergerea imaginilor radiologice în cazurile cu debut insidios, evoluția clinică benignă și modificări radiologice limitate la îngroșarea traveelor vasculo-conjunctive, s-au produs în jur de 20 de zile. În cazurile cu evoluție clinică severă, care a dominat la bolnavii dezorganizați mintal, fumători înveterați, alcoolici și la cei cu modificări pulmonare întinse, imaginile radiologice s-au șters mult mai tîrziu, în jur de 4—5 săptămîni sau chiar două luni, altele vindecîndu-se cu sechele pleuro-pulmonare. 12 cazuri s-au complicat cu sinuzită maxilară, 5 cu otită medie cataralâ, patru cu insuficiență cardio-vasculară și unul cu hemoragie digestivă, cauzată de redeschiderea unui ulcer duodenal nerecunoscut de pacient în antecedente, în urma automedicației cu analgezice și antiinflamatorii.

Studii recente au demonstrat că cifra virusurilor cu diversele lor tulpini și cu acțiune asupra aparatului respirator cunoscute pînă acuma, depășește cifra de 130 (4, 5, 6, 7). Aceasta demonstrează complexitatea și dificultatea diagnosticului etiologic fără examenul virusologic și serologic, necesității dezvoltării acestor laboratoare care trebuie să recunoaștem, sînt destul de costisitoare. Frecvența cu care intervin virusurile în pneumoniile acute interstițiale diferă după autori. Unii susțin că virusurile gripale și paragripale sînt cele mai frecvente, alții găsesc că locul întîi aparține virusului respirator — sincițial, alții găsesc mai frecvent adenovirusurile de tip 1, 2, 3, 5 (3, 4, 5, 7). Frecvența virusurilor cu tropism pulmonar este în funcție și de anotimp ; toamna și iarna au precădere virusul gripal și adenovirusurile, iar vara, enterovirusurile și mai puțin adenovirusurile.

Unii autori, ca Gh. Chișleag, Fl. Barcan ori M. Jeune (citat de 6) au încercat pe baza observațiilor confirmate epidemiologic și virusologic să traseze un tablou radiologic ce ar caracteriza modificările pulmonare în pneumoniile interstițiale acute, de etiologie virotică. Se descriu astfel ca cel mai des întîlnite, imaginile de condensare pulmonară trabeculară cu conturul extern estompat (aproape șters) în timp ce marginile interne se confundă cu umbra mediastinului. Procesul poate cuprinde și regiunile subclaviculare dar respectă vîrfurile și periferia.

Bilateralitatea imaginilor am întîlnit-o la bolnavii cu discernămînt mintal dezorganizat și mai rar la cei remiși. Cu toate caracteristicile sugerate de imaginile radiologice este hazardat să se poată afirma cu certitudine etiologia virotică fără teste specifice de virusologie.

În consecință incidența pneumoniilor acute interstițiale de origine virotică survenite la bolnavii psihici, pune probleme deosebite și adesea dificile de diagnosticat, mai ales la cei cu discernămîntul mintal dezorganizat și în afara unei epidemii declarate ; de aceea examenul radiologic făcut sistematic și curent poate da date importante și nu rareori concluzive asupra gravității bolii, a complicațiilor survenite ca o consecință a asociațiilor viro-bacteriene sau a altor factori, putîndu-se urmări și efectul tratamentului medical aplicat, în contextul vechiului dicton devenit clasic pentru bolnavii pulmonari, că : „boala se găsește la plămîn, dar pericolul la inimă“ mai cu seamă la bolnavii tarați și de vîrstă înaintată.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Boucher, Veiney și colab. : Soc. Med. Hôp. de Lyon, 1959, p. 44 .
2. Bușilă V., Vasilescu I. : Viața Med., 1959, nr. 9, p. 819.
3. Chanok R.M. și colab. : J.A.M.A., 1961, nr. 8, p. 647.
4. Derevici A. : Microbiol., 1961, nr. 2, pp. 111—119.
5. Derevici A., Isaia G., Bronitki A.I., Predescu L. : Stud. Cercet. Inframicrob., 1962, nr. 1, pp. 33—37.
6. Gebeause J., Habib R. : Rev. Tuberc., 1963, t. 27, nr. 7—8, pp. 736—743.
7. Marquezy R.A., Bach C. : Sem. Hôp., Paris, (Ann. Pédiatrie), 1960, t. 36, pp. 1216—1218.
8. Nicolau Șt. și colab. : Microbiologia, București, 1962, nr. 2, p. 97.
9. Vivell O. și colab. : Deutsch. Med. Wschr., 1959, vol. 84, nr. 11, p. 510.

INCIDENCE OF ACUTE VIRUS INTERSTITIAL PNEUMONIA IN PSYCHIC PACIENTS

Summary

The authors refer to the incidence of acute pneumonia of virus etiology with psychic pacients in a determined period of time and within no epidemic condition, realizing that there is a difference as regards the debut and the clinical evolution of the disease. Thus, the psychic pacients with a disorganised mental state, where a series of favouring factors occur : smoking, distrophic background etc., present lingering forms wiht large X-ray images. They are frequenly mixed with pains of other organs and apparata, the most dangerous being the cardiovascular ones that can induce the exitus especially in older pacients.

FACTORUL PSIHIC ŞI INFLUENŢA LUI ~~ÎN~~ APARIŢIA UNOR AFECŢIUNI BUCO-DENTARE

V. Hrimiuc, Margareta Hrimiuc, R. Chiriac

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iaşi

PSIHIATRIA CA DISCIPLINĂ MEDICALĂ INTEGRATIVĂ, REMARcă cu deosebită frecvenţă răsunetul unor boli psihice asupra masivului facial în general şi asupra aparatului dento-maxilar în special, cît şi asupra dezvoltării şi formei cutiei craniene.

Debilitatea mintală este întovărăşită uneori de un facies dismorfic cu urechi exagerat de mari, sau cu un facies nediferenţiat cu sărăcirea conţinutului expresiv-mimic, microcefalie sau macrocefalie cu fruntea teşită îngustă, absenţa boselor frontale etc. Dintre oligofreniile genetice boala Langdon-Down are de asemenea facies caracteristic rotund, aplatizat, cu fantele palpebrale oblice înguste de tip mongolian, fruntea îngustă, nasul mic şi aplatizat la rădăcină, limba scrotală, bolta palatină ogivală, dinţi malformaţi şi craniu microcefal. Acestea constituie numai un exemplu de tulburări psihosomatice de dezvoltare deşi în grupul oligofreniilor pot fi citate numeroase aspecte de asemenea manifestări cranio-faciale. Mai importante şi semnificativ sînt însă de semnalat tulburările psihice care apar la subiecţii cu un intelect normal, ca o consecinţă a unor malformaţii congenitale sau cîştigate ale feţei, sau a unor anomalii de dezvoltare ale oaselor maxilare cum ar fi : despicăturile labio-maxilo-palatine parţiale, totale, sau asociate, prognatismul, retrognatismul etc.

Aspectul fizionomic al unui subiect joacă un rol important în dezvoltarea personalităţii, iar pe de altă parte anumite malformaţii pot declanşa adevărate reacţii psihogene de intensitate diferită, nevrotică sau psihotică ca în cazul anchilozei temporo-mandibulare, care survine mai frecvent în timpul copilăriei şi poate lăsa amprente asupra dezvoltării personalităţii viitorului adult. La copil, sentimentul cunoaşterii de sine, determină conştientizarea defectului său facial şi nu de puţine ori apar tulburări de comportament, refuz de a merge la şcoală, vagabondaj, fugă de acasă etc., constituind ceea ce numim în psihiatrie copil problemă. La aceasta îşi mai aduc contribuţia şi factorii sociali de microgrup (colectivităţile din grădiniţe şi şcoli), care prin izolare atitudinală sau amuzament naiv, fac să se conştientizeze şi mai mult aspectul său

Dr. Manu M. Daniela

fizionomic, factor capabil să determine apariția unei hiperemotivități, a dezvoltării unor complexe, închiderea în sine și a unei tendințe la izolare care fac ca acești copii să devină necomunicativi dînd impresia unei false debilități mintale. Atitudinea parentală față de copilul malformat este diferită, complexă și variată în raport cu gradul de cultură al acestora. De la interpretări și explicații metafizice și acuzații reciproce, pînă la interpretarea științifică a fenomenului în cauză, atitudinea părinților se situează pe diverse poziții, uneori chiar dăunătoare pentru copii. Izolarea lui de colectivitate pentru a nu-și face de rîs familia, dezvoltarea unui sentiment de ură față de copilul malformat, sau a unei atitudini hiperprotective, sînt numai unele din problemele dăunătoare dezvoltării personalității.

În cazul personalităților deja constituite, la adulți, apariția unor leziuni grave în regiunea maxilo-facială, ca o consecință a traumatismelor, arsurilor etc., și care pot modifica fizionomia subiectului, reacțiile psihogene pot căpăta intensități variabile, de la nevroze pînă la adevărate psihoze reactive cu idei autolitice, dificile de tratat și de acomodat pacientul la noua stare de fapt.

În general, este cunoscut faptul că tehnicizarea tratamentelor stomatologice deposedează pe pacient de posibilitatea stabilirii unor raporturi adecvate de conlucrare cu medicul, și nu rareori în fața unor dureri puternice în regiunea buco-dentară, acestea să înceteze în fața ușii cabinetului stomatologic. Reacția anxioasă față de actul terapeutic stomatologic este capabilă să inhibe senzația dureroasă, fenomen care bineînțeles ține și de structura personalității individului.

Tineretul, fără a generaliza acest fenomen este mai puțin interesat și mai puțin preocupat de efectuarea unor examene stomatologice chiar în cazul apariției unor afecțiuni dentare, pe care le consideră minore.

Interesul deosebit față de aspectul dentar se manifestă mai ales cînd se pune problema unor edentații în special în zona frontală și crește progresiv pînă la edentația totală care este capabilă prin protezare să declanșeze unele reacții psihogene de intensitate nevrotică și aspect depresiv cu dificultăți de acomodare la noua situație bucală, apariția unor ticuri. Alteori, pot apare reacții qverulente față de medic cu elemente revendicative și interpretative. Reacțiile psihogene în asemenea situații sînt incontestabil legate de personalitatea premorbidă care influențează aspectul tabloului clinic și durata acestuia.

Așa cum s-a arătat, reacțiile psihopatologice în diverse afecțiuni și acte terapeutice stomatologice obligă pe medicul practician stomatolog să cunoască personalitatea pacientului, trăsăturile sale temperamentale și caracteriale, ca prin persuasiune și sugestie să evite pe cît posibil apariția acestor stări.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. C. Belciugățeanu : Rev. Neurol. Psih. Neurochir., 1969, nr. 2, p. 167.
2. P. Dechaume : Revue de stomatologie, 1965, nr. 5.
3. Haimovici Angela, Hrimiuc Margareta : *Viitorul psihiatriei,* Spit. „Socola", Iași, 1980.
4. Pirozynski T. și colab. : Rev. Med. Chir., Iași, 1984, nr. 3, pp. 433—439.
5. Predescu V. : *Psihiatrie,* Edit. Medicală, București, 1976.

PSYCHIC FACTOR AND ITS INFLUENCE IN SOME BUCCO-DENTAL AFFECTIONS

Summary

Examining the bucco-maxillo-facial territory in certain categories of psychic pacients it is brought into relief the response of such disturbances on the cranio-facial area as well as the influence of certain mal-formations of this territory on the development of personality.

It is revealed at the same time the psychic reaction that may appear within the context of some surgical interventions in this territory in cases of accidents, tumors and mutilations, etc.

PSIHOZELE ALCOOLICE ȘI IMPLICAȚIILE LOR ÎN PATOLOGIA TERITORIULUI BUCO-MAXILO-FACIAL

Margareta Hrimiuc, V. Hrimiuc, R. Chiriac

Institutul de Medicină și Farmacie Iași
Disciplina de Odontologie și Parodontologie
Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

ESTE CUNOSCUT FAPTUL CĂ STAREA BUCO-DENTARĂ LA ALcoolicii cronici este în general precară cu atît mai mult la cei cu psihoze și demențe alcoolice, la care, pe lîngă acțiunea directă a alcoolului asupra teritoriului buco-maxilo-facial intervin și diverse carențe alimentare, vitaminice, tulburări organice, cerebrale, digestive, hapetice, renale etc. precum și multiple modificări metabolice, enzimatice și imunologice. În aceste condiții mecanismul apariției complicațiilor în teritoriul buco-maxilo-facial este foarte complex și incomplet cunoscut.

Alcoolul poate avea o acțiune directă asupra celulei vii determinînd leziuni primare dar mai cunoscute sînt complicațiile viscerale metabolice ca o consecință a perturbărilor nutriționale și carențiale complexe. În general un mare număr de alcoolici pot fi cunoscuți după aspectul faciesului, care este supt și palid îndeosebi la consumatorii de băuturi distilate sau puhav și telegectaziat la consumatorii de băuturi fermentate, musculatura atonă, îmbătrînirea precoce, tremor generalizat sau digito-lingual, voce răgușită cu nuanțe dizartrice, buzele ușor carminate sau cianotice, respirație cu halenă acetonică, inapetență, greață matinală.

Privită prin prisma perturbărilor nutriționale și carențiale, modificările ce pot surveni în starea buco-dentară sînt extrem de variabile și complexe, deși uneori starea bucală poate rămîne mult timp satisfăcătoare.

Cele mai grave și frecvente tulburări apar la cei cu psihoze și demențe alcoolice cu diverse complicații somatice.

Examinînd periodic asemenea cazuri am constatat :

— mucoasa bucală capătă o culoare roșie închisă cu hipertrofia papilelor gingivale și tendință la deșosare, alteori poate lua un aspect ușor tumefiat și fungos cu tendință hemoragică ;

— limba prezintă o veritabilă glosită de aspect depapilat, lustruit și lucitor. Stomatitele și în special glositele cu limba purpurie și atrofică poate fi consecința avitaminozei B 2, iar o glosită eritematoasă și uscată ca în pelagră s-ar datora carenței de vitamina PP. O formă de glosită mai perticulară este glosita Hunter care apare prin carențe de vitamina B. 12 dar această formă nu este prea frecventă la alcoolici ;

— alterațiile dentare trebuiesc privite prin prisma dezechilibrului nutrițional și carențial, prin exacerbarea factorilor microbieni cariogeni, prin modificarea mediului bucal, datorită secreției salivare atît cantitativ cît și calitativ. Procesele carioase se remarcă prin intensitatea și multiplicitatea lor.

Neglijarea igienei bucale joacă de asemenea un rol important la alcoolicii cu tulburări psihice. Putem afirma că modificările descrise mai sus nu sînt caracteristice, ele putînd fi produse și experimental prin regim carențial, cu atît mai mult la alcoolici, unde este vorba de o policarență, fiind perturbate toate modalitățile privind aportul, absorbția și utilizarea.

Carența grupului de vitamine B joacă un rol important în apariția leziunilor buco-dentare, modificînd metabolismul hidraților de carbon.

Experimentul la șobolanii privați de vitamina B : s-a constatat că ei preferă o soluție de alcool apei însă oferindu-li-se o a treia soluție de zaharoză, o preferă pe aceasta primelor două (Williams). Acest fenomen este bine observat în encefalopatia alcoolică Gayet-Wernike în care predomină hipoavitaminoza de tiamină, afecțiunea fiind considerată ca un veritabil „beri-beri cerebral".

În alcoolismul cronic, carența de tiamină și antihipoxidină determină leziuni hepatice și gastro-intestinale, perturbă fenomenele de exidare celulară apărînd hipoxia și modificarea structurii unor țesuturi inclusiv a acelora din teritoriul buco-maxilo-facial.

În concluzie, este necesar ca medicul psihiatru să cunoască aceste modificări atît în scop profilactic cît și curativ pentru reechilibrarea regimului alimentar carențat. La această categorie de bolnavi intervențiile chirurgicale impun determinarea timpului de protrombină, corectarea tulburărilor de coagulare, de asemenea și posibilitatea apariției unor decompensări acute în timpul unor intervenții chirurgicale.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Delay J. : Étude anatomo-clinique de huit encéphalopathie alcooliques encephale, 1958, 47, 2, p. 99.
2. Hrimiuc Margareta : Teză de doctorat, I.M.F., Iași, 1979.
3. Hrimiuc Margareta și colab. : *Viitorul psihiatriei*, Spit. „Socola" — Iași, 1980.
4. Lereboullet J., Pluvinage R. : Rev. Part., Paris, 1964, nr. 14, p. 27.
5. Predescu V. : *Psihiatrie*, Edit. Medicală, București, 1976.

ALCOHOLIC PSYCHOSES AND THEIR IMPLICATIONS ON THE BUCCO-MAXILLO-FACIAL TERRITORY

Summary

Examining periodically the pacients with alcoholic psychoses and dementia in the sphere of bucco-maxillo-facial area it is brought into relief the change that appear and their peculiarities.

It is concluded that in the course of the evolution of alcoholism it appears a poly-defficiency which disturbed all the means regarding the contribution, absorbtion and use which are projected on the examined territory determining many various disorders.

LIMBAJ ȘI DEZVOLTARE MINTALĂ — UN PROGRAM DE ÎNVĂȚARE A LIMBAJULUI

Sabinela Pasternak

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" — Iași

LIMBAJUL, SISTEM ÎN ANSAMBLUL SISTEMIC AL PSIHICULUI uman, subsistem al gîndirii, comportament cu rol mediator-formativ al psihismului și conștiinței umane, constituie mijlocul prin care informația este codificată și transmisă prin cod verbal, grafic, gestual sau prin combinații ale acestora.

Vorbirea, actul de utilizare individuală și complexă a limbii constituie aspectul expresiv al limbajului și nu trebuie tratată separat de capacitatea de înțelegere (limbaj receptiv) și de utilizarea limbajului în procesul gîndirii.

Relația dintre dezvoltarea limbajului și dezvoltarea intelectuală a constituit subiectul unor studii care, analizînd raportul între Q.I. și tulburările de limbaj relevă faptul că, handicapul de limbaj apare cu o frecvență de 100% la copiii cu Q.I. sub 20, cu o frecvență de aproximativ 90% la cei cu Q.I. între 21 și 54 și cu o frecvență de 45% în cazul subiecților cu întîrziere ușoară.

Din această perspectivă considerăm că un program de învățare controlat și structurat, axat pe formarea deprinderilor expresive, receptive, asociate cu o gestualitate adecvată, va fi mai eficient decît simpla îmbogățire a mediului verbal numai prin stimularea verbală.

Principiile de bază utilizate în elaborarea programului sînt cele ale teoriei comportamentale a învățării : 1 — comportamentul poate fi provocat ; 2 — cauzele care provoacă apariția unui comportament rezidă în efectele sau consecințele lui ; 3 — principiul întăririi.

Condiționarea operantă constituie principala metodă folosită în aplicarea programului. Învățarea unui comportament se realizează prin îndrumare fizică, gestuală și verbală (metoda prompting). Îndrumarea se reduce treptat (metoda fading), iar apariția comportamentului dorit este imediat întărită prin recompense primare — alimente preferate de copil sau prin recompense sociale — zîmbet, laude. Comportamentele neadecvate sînt slăbite prin metoda time-out, ignorării și în ultimă instanță prin constrîngere fizică sau pedeapsă.

Programul cuprinde trei secțiuni : Preverbală, Receptivă și Expresivă. Fiecare secțiune include mai multe faze, fiecare fază este divizată

în pași (unități mici), astfel încît învățarea apare ca un proces de trecere de la unitățile de bază, relativ simple, la construirea pe baza acestora a unor deprinderi de comunicare din ce în ce mai complexe.

Pentru experimentarea programului au fost selecționați 30 de copii între 3 și 8 ani, indemn auditiv, cu întîrziere moderată (63,3%) și întîrziere severă (36,6%) în dezvoltarea psihică, nivelul întîrzierii dezvoltării limbajului fiind moderat în 53,66% din cazuri și sever în 46,33%.

Evaluarea inițială, (limbaj expresiv — 12,7% emit spontan un cuvînt ; jargon incipient prezintă 37% ; propoziții de două cuvinte imită 37%, dar le utilizează spontan 10% ; propoziții de trei cuvinte 10% ; limbaj receptiv — toți subiecții răspund la propriul nume ; 36,3% înțeleg comenzi simple ; 12,7% înțeleg comenzi complexe ; gesturile utilizate sînt primitive, reducîndu-se la simpla indicare cu degetul, nici un subiect nu combină utilizarea naturală a gestului cu limbaj adecvat), ne-a permis elaborarea unor programe de învățare și stabilirea punctului de intrare în program pentru fiecare subiect.

Durata unei ședințe este de 20—45 minute zilnic, programul unei ședințe incluzînd unul sau mai mulți pași din fiecare secțiune.

Reevaluarea (limbaj expresiv — 86,6% folosesc spontan un cuvînt ; jargon incipient 76,6% ; propoziții de două cuvinte exprimă spontan 56,6% ; propoziții de trei cuvinte 43,3% ; utilizează frecvent întrebări 26,6% ; limbaj receptiv — 86,6% înțeleg comenzi simple ; 36,3% execută comenzi complexe ; repertoriul gestual s-a îmbogățit ; s-a obținut un progres și în ceea ce privește aspectul calitativ al vorbirii prin ridicarea gradului de inteligibilitate) ne permite să constatăm progresele obținute și eficiența acestui program de învățare.

Pentru dezvoltarea deprinderilor de comunicare este necesară o exersare permanentă care să se continue și în afara situației de învățare în cadru instituționalizat. Familia, constituind mediul natural de viață al copilului are un rol esențial în consolidarea și extinderea experienței lui de comunicare, pe baza unor programe elaborate special pentru părinți.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Berry P. : *Language and communication in the mentally handicapped*, Eduard Arnold, 1977.
2. Cooper J., Moodley M., Reynell J. : *Helping language development*, Eduard Arnold, 1979.
3. Williams C. : *Towards teaching communication skills*, British Institute of Mental Handicap, 1980.

LANGUAGE AND MENTAL DEVELOPMENT — A PROGRAM OF LEARNING LANGUAGE

Summary

The paper approaches the complex of problems of learning the language on the basis of a structured program proper for a mentally handicapped child.

Based on the principles of behavioural theory of learning and using as a method the learning by operating conditioning, the program is an efficient method of learning and developing language.

NIVEL INTELECTUAL ȘI DEZVOLTAREA LIMBAJULUI VERBAL LA ELEVII DEFICIENȚI DE AUZ

D. Covrig, Gianina Popa
Policlinica Iași

INTELECTUL, CA FORMĂ DE ADAPTARE SUPERIOARĂ, CE SE manifestă ca eficiență în toate structurile cognitive, are implicații deosebite în dezvoltarea limbajului verbal la elevii deficienți de auz. Spre deosebire de limbajul verbal, cel mimico-gesticular, care este primul învățat de elevii deficienți de auz, are un specific concret, semnificație nedefinită, frînînd dezvoltarea gîndirii, a cunoașterii și comunicării.

Determinată fie de deficiențe corticale (și atunci cea mai mare parte a acestora sînt oligofreni), fie de deficiențe de transmisie sau de percepție a sunetului, surditatea duce la modificări cantitative și calitative în dezvoltarea psihică. Astfel, intelectul deficientului de auz, slab susținut de limbajul verbal, rămîne la un nivel situativ-concret, prezentînd șablonism, simplism, îngustime și inerție. Rolul demutizării, a învățării limbajului verbal, este de a forma o gîndire noțional-verbală care să contribuie la evoluția psiho-intelectuală a elevilor.

În acest studiu prezentăm date care arată în ce măsură nivelul intelectual poate contribui la însușirea și dezvoltarea limbajului verbal la elevii deficienți de auz.

Studiul a cuprins 110 elevi de la Școala profesională (anii I—IV), între 15 și 22 ani, de la toate meseriile : lăcătuși, bobinatori, tîmplari, zugravi, desenatori, confecționeri și tapițeri.

Am aplicat, pentru determinarea nivelului intelectual, testul Raven, probă perceptivă, neverbală, pentru examinarea inteligenței generale, care, conform structurii testului, constă în posibilitățile de discriminare (analiză), de integrare (sinteza) unui ansamblu de impresii și totodată de invenție (variabilitate combinatorie).

Pentru determinarea inteligenței verbale și numerice am aplicat testul C. Bontilă, care constă în probele de : cuvinte contrarii, analogii, serii de numere și cuvinte de prisos.

Dezvoltarea limbajului verbal a fost determinată prin două probe : de labiolectură (citirea de pe buze a unui număr de cuvinte care să cuprindă toate fonemele limbii în combinații diverse), și de vocabular-pronunție (efectuată pe baza notării cunoașterii semnificației unui număr de cuvinte și a pronunției lor).

Rezultatele obținute la testul Raven arată că 16,3% din subiecți au Q.I. între 50—69 (debilitate mintală), 20,9% au Q.I. între 70—79 (inte-

ligență de limită), 22,7% au Q.I. între 80—89 (inteligență sub medie), 29,09% au Q.I. între 90—109 (inteligență de nivel mediu), iar 10,9% au Q.I. între 110—120 (inteligență deasupra nivelului mediu). De remarcat este procentul destul de mare de elevi cu debilitate mintală, cu inteligență la limită și sub medie în raport cu populația normală.

Testul C. Bontilă, după împărțirea rezultatelor elevilor în quartile : foarte bune (31—40 puncte), bune (21—30 puncte), mediocre (11—20 puncte) și slabe (1—10 puncte) ne arată că elevii cu Q.I. între 110—120 s-au încadrat toți la rezultate foarte bune, cei cu Q.I. între 90—109 s-au încadrat la rezultate mediocre, cei cu Q.I. între 80—89 s-au încadrat la limita inferioară a rezultatelor mediocre, iar elevii cu Q.I. între 70—79 și 50—69 la rezultate slabe. Se observă că la proba serii de numere chiar și elevii debili mintal au reușit să rezolve testul în proporție de 7,5% în raport cu procentele foarte mici la probele strict verbale, ceea ce relevă posibilitățile lor reduse de a opera cu cuvinte.

Proba de labiolectură, după împărțirea în quartile, ne relevă că 38,1% din elevi au obținut rezultate slabe, 23,6% rezultate mediocre, 31,8% rezultate bune și doar 6,3% din elevi rezultate foarte bune. Cei care au obținut rezultate foarte bune se încadrează cu QI între 120—80, cei cu rezultate bune la QI între 110—75, cei cu rezultate mediocre la QI între 100—60, iar cei cu rezultate slabe la QI între 90—50.

Proba de vocabular—pronunție ne relevă că 43,6% din elevi au obținut rezultate slabe (QI între 95—50), 27,2% au obținut rezultate mediocre (QI între 110—60), 23,6% rezultate bune (QI între 120—80), iar 5,4% rezultate foarte bune (QI între 120—85).

Studiile din literatura de surdopsihologie confirmă că nivelul intelectual are un rol important în însușirea limbajului verbal, atît a vocabularului, pronunției cît și a labiolecturii.

Elevii deficienți de auz oligofreni își însușesc limbajul verbal la un nivel foarte scăzut, încît acesta nu le folosește ca mijloc de comunicare și nici ca instrument al gîndirii. Posibilitățile de recepție și înțelegere fiind foarte reduse (88,8% rezultate slabe și 11,1% rezultate mediocre la labiolectură, iar la vocabular-pronunție 77,7% rezultate slabe și 22,2% rezultate mediocre) acești elevi nu au decît de pierdut în urma includerii lor în clase cu deficienți de auz normali. Această categorie de deficienți necesită aplicarea unei metodologii didactice speciale pentru posibilitățile lor, bazată mai mult pe metode acționale și sarcini individualizate.

În ceea ce privește categoriile de deficienți de auz cu intelect liminar sau sub medie, ei își pot însuși limbajul verbal la un nivel strict necesar pentru comunicare, labiolectura la un nivel apropiat de al elevilor cu QI mediu. La acești elevi, rolul exercițiului și școlarizării este foarte important, ei necesitînd o tratare diferențiată în cadrul clasei.

Deficienții de auz cu intelect normal prezintă o dezvoltare a limbajului verbal apropiată de cerințele integrării lor (la labiolectură 65,5% rezultate bune și 21,8% rezultate mediocre, iar la vocabular-pronunție 46.5% rezultate bune și 21,8% rezultate mediocre). La acești elevi tre-

buie dezvoltate interesul și motivația pentru îmbogățirea vocabularului, pentru utilizarea preponderentă a limbajului verbal în comunicare, deoarece rolul exercițiului și al învățării este foarte mare. Pentru acești elevi, aportul demutizării este foarte mare în transformarea caracteristicilor calitative ale gîndirii lor, o gîndire situativ-concretă, într-o gîndire care operează cu simboluri verbale, mai suplă, mai largă, mai operativă, ce poate face față mai multor situații.

Deficienții de auz cu intelectul deasupra nivelului mediu își pot însuși limbajul verbal la un nivel bun (la labiolectură 58,3% rezultate bune și 33,3% rezultate foarte bune, iar la vocabular 41,5 rezultate bune și 33,3% rezultate foarte bune). Chiar cei cu surditate profundă, care nu beneficiază de protezare, acest nivel intelectual, stimulat în școală prin trezirea interesului și motivației, permite o mai mare ușurință și rapiditate în însușirea limbajului, curiozitate și interes pentru înțelegerea semnificației cuvintelor.

În ceea ce privește raportul dintre nivelul intelectual și gradul surdității, este adevărat că printre subiecții cu surditate profundă sau cofoză bilaterală întîlnim mai mulți debili mintali, însă și printre hipoacuzici se întîlnește un anumit procent de debili mintali.

Există un anumit prag intelectual care permite dezvoltarea optimă a limbajului verbal la elevii deficienți de auz. De aceea, în educarea și formarea lor pentru viață trebuie să se țină cont de aceste diferențieri.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Borel-Maisonny S. : Reéducation ortophonique, nr. 42, 1969.
2. Levine E.S. : *The psychology of deafness* — Wolta Bureau, 1960.
4. Stănică I., Ungar E., Benescu C. : *Probleme metodice de tehnica vorbirii și labiolectură*, EDP, București, 1983.

INTELLECTUAL LEVEL AND DEVELOPMENT OF VERBAL LANGUAGE IN SCHOOL-CHILDREN WITH HEARING DEFFICIENCY

Summary

Intellect has distinct implications in the development of verbal language in hearing defficient school-children. Our study demonstrates at what extent the determined intellectual level by the test of non-verbal intellect (Raven) contributes to the development of verbal language in deaf children in a professional school. The results of the applied tests lead to the conclusion that there is a certain limit of the intellect of the deaf children which allows an optimal development of verbal language (IQ—120—90). There also is a certain limit of the intelectual level under which the verbal language can no longer be used as an instrument of thinking and a means of communication.

DISONANȚA COGNITIV-ATITUDINAL-COMPORTAMENTALĂ ÎN UNELE COLECTIVITĂȚI UMANE

Em. Bujor

Institutul de Medicină și Farmacie Iași

ESTE DE PRISOS SĂ ÎNCERCĂM SĂ DEMONSTRĂM FAPTUL CĂ noi, contemporanii, am moștenit de la predecesori, dar și cultivăm, dorința infinită spre cunoașterea totală, sau cum se spune modern integrală sau atotcuprinzătoare a proceselor și fenomenelor lumii. În aceleași limite s-au înscris eforturile de a argumenta precum că domeniile procesului cunoașterii au un trunchi socio-uman unic, proces care ne pune în dificultate și uneori ne creează dileme, dar și satisfacții dintre cele mai complete. Dacă aceasta este una din moștenirile fundamentale, avem datoria să lăsăm urmașilor noștri, cel puțin aceeași posibilitate la nivelul și parametrii actuali. Gîndirea umană prin tot ce ea există și se realizează dialectic ca proces are capacitatea depășirii pozitive a dilemelor, atingerii scopului stabilit, descifrînd permanent relația creată în acest proces dintre obiectul și subiectul acestuia. Cu atît mai mult cu cît natura, în termeni mai generali, sau existența nu este ci întotdeauna și permanent devine.

Dar existența umană, indiferent de locul și modul spațializării sale, de condiții de cultură și socio-profesiune este o ființare generală, după criterii bine definite și cunoscute în literatură, sau uneori ignorate dintr-o multitudine de motive. Cert este faptul că orice volum demografic nu ființează decît structural grupul, dintre care grupul de familie, de vecinătate și cel socio-profesional ocupă loc esențial în dimensionarea și redimensionarea propriei existențe și esențe sociale, a unor structuri de personalitate.

Dacă ne-am opri doar în treacăt, la grupul de intelectuali care este foarte general dat prin dimensiunea dominantă a felului (tipului) muncii și nu atît prin cea a conținutului de specialitate a componenților lui, trebuie să reținem faptul că aceasta este urmarea : a) ponderii conținutului activității ; b) compoziției grupului (care după tipul activității și criteriul socio-profesional devine tot mai omogen) ; c) comenzii sociale pe care o are spre rezolvare ; d) coeziunii relațiilor interpersonale (modelele de comportament-atitudinal promovate ; e) starea, dorința, dar mai cu seamă necesitatea de cunoaștere, de acumulare a valorilor teoretico-

practice, schimbul de valori realizat pe verticală, ca și pe orizontală, între generații, dar şi în cadrul aceleiași generații.

La aceste aspecte de ordin generic se adaugă judecățile de valoare ale propriei structuri cu privire la un domeniu sau altul, ca și a celor din afara structurii intelectualilor, din alte grupări socio-profesionale, care sînt rezultanta, de cele mai multe ori, a unor cunoștințe comune empirice, pragmatice, fără conținut socio-profesional, dar care pot crea o reală sau o falsă impresie despre intelectuali, despre unele structuri socio-profesionale ale acestui domeniu.

Din multitudinea acestor aspecte ne permitem să reținem atenția doar asupra unui singur fenomen social-grupal, anume asupra disonanței și, pentru că este vorba de grupul de intelectuali, de disonanța cognitiv-atitudinal-comportamentală (1). Judecățile noastre sînt rezultatul unei investigații asupra fenomenului intelectual-intelectualitate din zona noastră.

Considerăm că este necesar să facem cîteva precizări, mai mult cu valoare teoretică și metodologică. Teoria disonanței în general, a celei cognitiv-atitudinal-comportamentale are o existență relativ recentă și ea se referă la relațiile care coexistă între categoriile și elementele cognitive, afective, dar exteriorizate ale insului, respectiv atitudinale și comportamentale, manifeste, verbale sau nonverbale, atît la nivelul și structura individului, cît și cel al grupului. Fiind un fenomen cu manifestări individuale față de grup, dar și ale grupului față de colectivitatea umană integratoare (unitatea socio-economică) disonanța apare, în cele mai dese cazuri în forma manifestată a dizarmoniilor, opozițiilor, inconsistențelor, stărilor tensionale.

Cercetările demonstrează că disonanța cognitivă, ca de altfel și cea atitudinal-comportamentală este mai prezentă în grupul de intelectuali. Există și unele explicații ale unei atare stări, explicație determinată obiectiv. Așa spre exemplu, analiza evoluției științei contemporane pune în evidență, creșterea paletei cîmpului cercetării, a acțiunii oamenilor de știință, că cercetarea veridică și autentică este cea realizată în echipă, în manieră interdisciplinară, că munca cercetătorului, de la cea de documentare și pînă la cea de investigare, urmărire și redare a rezultatelor, ca să nu mai vorbim de momentul SALT al creației, al exploziei creative, poartă o puternică tentă individuală și care de multe ori intră în contradicție cu grupul. O asemenea dimensiune duce în mod direct la evaluări și autoevaluări. În multe cazuri autoevaluările fac abstracție, fie obiectiv, fie subiectiv, de raportarea proprie la domeniul investigat, ca și la semeni. Pe acest fond, fără prea multe argumente, vor apare stări de disonanță, pe care le vom găsi, în mod deosebit în grad și nivelul cunoștințelor, opiniilor, convingerilor și chiar în cele atitudinal-comportamentale (2).

Festinger este acela care analizînd fenomenul psihologic și psihosociologic al disonanței demonstrează că el se poate surprinde prin mai multe dimensiuni, care pentru problematica noastră, trei ni se par că merită a fi reținute : 1) neconcordanța, nepotrivirea elementelor de ordin cognitiv, la membrii grupului sau al unui ins față de grup ; 2) orice disonanță cognitiv-atitudinal-comportamentală are sens valoric numai dacă ea poate fi adusă, respectiv redusă la limite funcționale, pozitive ; 3) modificările în sens pozitiv a stărilor de disonanță duc în mod nemijlocit la consonanță, care la rîndul ei devine o nouă disonanță (3).

Din cele spuse, deducem că orice fenomen de disonanță cognitiv-atitudinală se ivește cînd într-o unitate acțională întîlnim relații în cadrul cărora elementele copartenente nu se potrivesc, cînd așteptarea este ignorată, omisă sau încălcată, mai ales sub forma disconfortului apărut

sau dorit, care poate să fie între modelul, stereotipul promovat care în cele mai multe cazuri reconstituie trecutul — element de stabilitate excesivă și conservatorism dar și noile imperative de conținut cognitiv-comportamental — și perceperea și practicarea acestuia de către individul sau grupul uman.

În toate cazurile disonanței vom avea de a face cu o neconcordanță dintre starea cognitiv-comportamentală existentă la un moment dat și percepția socială, cu o contradicție manifestată dintre „existența trecută" și comportamentele alese și adecvate, dintre conformism și nonconformism, dintre dogmatism și valoric, dintre generații etc. Sîntem întru totul de acord cu ideea că la depășirea pozitivă a stărilor de disonanță spre consonanță contribuie rol-statusul fiecărui ins sau grup, autoritatea și prestigiul acestora, permanenta noastră evaluare față de comandamentele sociale, componente ale rol-statusului nostru, coeziunea și relațiile de înțelegere și democratizare ale grupului existențial, tratamentul aplicat de lider grupului și componenților lui.

Utilizînd unele mijloace de depistare a locului indivizilor în cadrul unor grupe de intelectuali, grupe constituite, instituționalizate dupc criterii socio-profesionale este suficent să specificăm faptul că fenomenul de disonanță, existent are determinări multiple, de ordin obiectiv, dar și subiectiv și din nefericire ultimele domină și mențin disonanța la limite superioare cu implicații disfuncționale : orientarea profesională, promovarea socială, distribuția responsabilităților și activităților, angajarea preferențială, spre problemele de noutate științifică, în închegarea relațiilor de echipă, schimbul de informații și valori științifice, metodologii și practici, climat și atmosferă, tratament neechitabil, ca și relația adresabilității lider-component etc. La acestea se mai poate adăuga faptul că existența și procesul constituirii grupului nu este rezultatul voinței cuiva, ci a unui șir de factori promovați de societatea noastră : repartiția, concursul, transferul etc., care pun problema de adaptare și integrare atît noului venit, care face eforturi de penetrare a unui sistem existent, dat și care apare ca necunoscut în cele mai multe cazuri pentru noul venit, dar și pentru grupul, care manifestă volens-nolens, o stare de conservare, de apărare și securitate de „invazia noului".

Concepînd colectivitatea de intelectuali instituționalizată în formă concentrică, vom constata că în fond trei structuri generice caracterizează grupele supuse investigației : 1) nucleul, mediul grupal propriu-zis ; 2) mediul comunitar ; 3) mediul social-global.

Testarea sociometrică evidențiază faptul că peste 36% din componenții grupelor sînt „plasați" la periferia spațiului investigat, iar din aceștia circa 30% fac eforturi de integrare în nucleul de bază al grupului, de regulă prin atragerea celor din anturajul liderului grupului, sau direct al acestuia, chiar dacă relația de preferință are un singur sens : de la subiecții periferici spre cei din nucleul de bază al echipei.

În al doilea rînd, se detașează faptul că subiecții din nucleul de bază al grupului, cuprinși în spațiul focalizat al structurii noastre sînt dispuși relațional în jurul unui număr restrîns de subiecți, iar acesta în jurul liderului, care de cele mai multe ori nu este cel instituționalizat, formal, ci în jurul celui informal, care prin calități diverse se face recunoscut cu autoritate grupală, cu influență, uneori absolută, asupra primului lider sau în totală disonanță cu el. În acest caz este vorba de existența unei structuri de „gașcă" (nu numai în sens negativ), fie că apare evidentă, fie că este în stare latentă. În orice caz, în toate grupele cercetate, aceasta funcționează.

În al treilea rînd, considerăm că merită atenția, fără a intra în detalii, să privim subiecții controversați ; respectiv cei cu alegeri și respingeri relativ egale. Fenomenul care iese pregnant în evidență privește faptul că avem de-a face cu o stare tensională mai întîi cei respinși și dorința lor de a se face „cunoscuți" și acceptați în nucleul grupal, dar și în cadrul celor cu alegeri pozitive, în deosebi, în alegerea din rîndul celor cu multe respingeri. Dispersia relațiilor interpersonale apare, în aceste structuri grupale, destul de mare (36%) și ea pune în evidență lipsa colaborării pe terenul activității socio-profesionale a activității de cercetare științifică, care se traduce într-o retragere în sine a insului cel puțin din perspectiva criteriului adus în discuție.

În al patrulea rînd, analiza pune în evidență setul de opinii privind autoevaluarea, autoaprecierea, care merge de la negarea propriei profesiuni și inutilitatea activității sale și pînă la extrapolarea propriei valori în forma unui egocentrism în lipsa raportării la domeniu și semeni, de multe ori negîndu-i pe aceștia (38% din subiecți).

În al cincilea rînd, plecînd de la ideea că știința este o forță de producție, nemaireprezentînd doar o simplă formă a conștiinței sociale, că slujitorii ei sînt intelectualii, stimulați de celelalte categorii și structuri social-umane, evaluarea activității intelectuale trebuie făcută și de către beneficiarii acestora. „Judecata" făcută din afară, în general, dar cu suficiente aspecte concrete pentru structurile socio-profesionale, pe lîngă multe aprecieri elogioase, înregistrate pe merit, aduce în atenția acestor categorii suficiente critici pe linia creșterii activității intelectuale în ponderea rezultatelor dobîndite : tehnici și tehnologii, analiza economică, confruntarea teoretică și politică actuală, activitatea cultural-literar-artistică, asistența sanitară, mai cu seamă pentru domeniile de vîrf, pentru creșterea gradului și nivelului de competiție intelectuală.

Într-un asemenea context, fenomenul care focalizează toate structurile, instituționalizate sau neinstituționalizate, rămîne cel al disonanței și devenirii sale spre consonanță ; incoerenței și disconfortului psihologic și psihosocial spre coerență și confort psihouman în sistemul relațiilor de grup, atitudinilor, opiniilor și comportamentelor acestuia. Nu este nici un secret faptul că o asemenea neconcordanță dintre comportament și „percepția socială", contradicția dintre „existența trecută" (a se citi stereotip) și comportamentele atitudinale pozitive și novatoare pot com-

plica fenomenul disonanței, jalonîndu-i direcția spre disfuncționalitate și conflict, manifestate prin procesul aculturației, starea necunoaștere-cunoaștere, raportul dintre generații, relațiile intra și inter-disciplinare etc. Asemenea manifestări completează tabloul general al insului sau al grupului, fie sub aspect valoric, atunci cînd disonanța există în limitele sale optimal-funcționale, fie nonvaloric, cînd limitele normalului sînt depășite.

Depășirea spre consonanță trebuie să plece de la recunoașterea statutului insului, locului și însemnătății sale în cadrul grupului ; rol-statusului angajării acestuia la soluționarea problematicii teoretico-științifice și practice cu care grupul se confruntă ; valorii fiecărui ins care va constitui baza de promovare socială, într-un set rațional interuman practicat „în văzul tuturor". la „lumina zilei", potrivit înclinațiilor, preferințelor și nevoilor insului și gruplui", capacitatea cognitiv-afectiv-volitivă a insului ; a stărilor motivaționale, punerea lor în evidență, ca și prin structurarea și restructurarea permanentă a Eului, ca rezultantă a procesului cunoaștere-autocunoaștere, apreciere-autoapreciere ; unității disonanță-consonanță, în sens dialectic, printr-o sincronizare temporală a prezentului la criteriile viitorului, a datului actual la devenirea sa infinită.

Fără pretenția de a înscrie multitudinea factorilor care fac posibilă depășirea stărilor negative ale disonanței, considerăm că ea poate fi realizată prin obiectivarea permanentă a EULUI individual, ca și a EULUI social (grupal), dar și prin subiectivarea obiectului acțiunii noastre, subiectivare identică de altfel, cu cota parte a activității intelectuale depuse.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Bujor E. M. : *Intelectualitate și angajare*, Edit. Junimea, Iași, 1983.
2. Fauceux El., Moscovici S. : Psychologie Sociale Theoretique et experimentale, Paris, Monton Editeur, 1971.
3. Festinger L. : A Theory of cognitive disonance, Evanton Row, New York, 1957.

COGNITIVE-ATTITUDINAL-BEHAVIOURAL DISSONANCE IN CERTAIN HUMAN COMMUNITIES

Summary

The paper presents the results of a sociological investigation, performed on socio-professional groups of intelectuals, in the county of Iasi, pointing out : certain dissonance cognitive, attitudinal and behavioural factors, either in the individual or in the group ; the structure existing in the investigated groups according sociometrization ; the ways of maintaining dissonance within its functional limits, and the possibility of its turning into consonance.

RELAȚIA DINTRE MEDICINĂ ȘI SOCIETATE ÎN CONCEPȚIA ȘCOLII DE LE SOCOLA
(Tradiție și modernitate)

C. Gh. Marinescu, R. Duda

Institutul de Medicină și Farmacie Iași

ȘCOALA MEDICALĂ IEȘEANĂ ÎN GENERAL, CEA DE PSIHIATRIE de la Socola în particular, a acumulat pe parcursul deceniilor lor de existență o valoroasă tradiție și reputație medicală, națională și internațională, problemă pe care nu ne propunem să o dezvoltăm acum și aici, deși în acest moment aniversativ un asemenea subiect generos s-ar impune de la sine în cadrul acestei manifestări științifice.

Continuînd preocupările noastre științifice anterioare (unele comunicate și publicate în prestigioasele volume cu lucrări științifice apărute sub redacția și coordonarea regretatului prof. dr. P. Brânzei) (3) intenționăm, în cele ce urmează, să prezentăm cîteva din momentele cruciale ale orientării psihiatriei ieșene spre domeniul social, mai exact să înfățișăm viziunile unora dintre personalitățile acestei școli, care pe parcursul timpului au înțeles și fundamentat multilateral, profund științific, relația organică, indestructibilă dintre *psihiatrie și societate.*

În condițiile economiei de spațiu tipografic, în mod inerent vom sublinia, de la început, că această orientare a psihiatriei ieșene reprezintă consecința unei concepții mai largi cu privire la raporturile de interconexiune dialectică dintre *medicină în ansamblu,* cu toate subsistemele, ramurile, specialitățile sale și *viața socială, mediul social,* condițiile de viață ale omului, concepție care s-a impus în centrul nostru universitar prin Ștefan Stîncă, P. Zosin, V. Socor, Em. Riegler, V. Bejan, Șt. Posea, Gh. Rojniță, Constantin I. Parhon, L. Baliff, P. Brânzei, T. Pirozynski ș.a.

În valoroasa sa lucrare *Medicina socială* (prezentată inițial sub forma unei conferințe în cadrul celui de al XVIII-lea Congres studențesc român de la Tîrgu Jiu, din anul 1897), P. Zosin a demonstrat elocvent rolul factorilor de mediu în apariția și evoluția bolilor sociale : *psihice, pelagra, paludismul, alcoolismul, tuberculoza* etc., faptul că acestea sînt generate de natura orînduirii sociale în care trăia autorul, respectiv de absența unor condiții de viață corespunzătoare pentru masele muncitoare (5).

În procesul analizei aprofundate a cauzelor bolilor, P. Zosin nu se limitează la simpla constatare a acestora, nu preconizează numai o *terapeutică medicală* ci și una *socială radicală* (5), care să determine însănătoșirea, cel puțin paleativă, a marelui bolnav al epocii sale, care era societatea capitalistă românească, generatoare a unei ampie patologii medicale.

În concepția omului de știință ieșean, măsurile igienico-sanitare de prevenire a bolilor sociale menționate, trebuiau să fie însoțite, în mod

necesar, de condiții economice, propice, adecvate, de existență, respectiv de asigurarea unor condiții de viață materiale și spirituale în concordanță cu progresele civilizației.

Panait Zosin, care deține paternitatea conceptului românesc de *medicină socială*, împreună cu Ștefan Stîncă, la care ne-am referit, considera că această disciplină este o parte componentă a medicinii moderne. Referindu-se la obiectul de preocupări al *Medicinii sociale*, el sublinia că aceasta „nu privește exclusiv corpul medical, ci pe toți cei cărora le este scump viitorul omenirii" (4), adică pe toți oamenii animați de sentimente umaniste, de responsabilitate socială față de starea de bine și de sănătate a națiunii.

O semnificație excepțională au însă ideile doctorului Panait Zosin privind domeniile *psihiatriei sociale* și *medico-legal*, în care manifestă același spirit analitic, determinist, umanist, o autentică competență științifică rezultată dintr-o temeinică documentare teoretică și practică de profil, începută încă din anii studenției. De altfel, teza sa de doctorat intitulată *Substratul patologic al pesimismului contemporan*, constituie o contribuție remarcabilă în cercetarea psihiatriei sociale, căreia avea să-i consacre și alte lucrări de referință. În această lucrare tînărul cercetător pledează argumentat pentru o orientare optimistă în domeniul psihiatriei și demonstrează necesitatea combaterii manifestărilor pesimismului. În anul 1910, Panait Zosin avea să publice o altă valoroasă lucrare intitulată *Constituirea psihiatriei ca știință pozitivă* în care analizează evoluția concepțiilor psihiatrice privind atitudinea medicală și socială față de bolnavii psihici. Autorul evidențiază o idee fundamentală și anume că psihiatria trebuie scoasă de sub influența teologiei, că ea se găsește în raporturi strînse cu toate ramurile medicinii, cu unele ramuri ale științelor naturii, precum și cu unele dintre științele sociale. În concepția autorului psihiatria se găsește, de asemenea, în raporturi de interconexiune și cu medicina legală (5).

O personalitate de mare prestigiu național și internațional care a onorat o lungă periaodă de timp conducerea Clinicii neuro-psihiatrice de la Socola și care avea să impună acesteia un caracter de veritabilă școală științifică, a fost savantul Constantin I. Parhon. În cele ce urmează nu ne propunem (de fapt în economia lucrării de față nici n-ar fi posibil) să analizăm gîndirea sa medicală, endocrinologică, ci să supunem atenției faptul că această mare personalitate a medicinii românești s-a afirmat deopotrivă ca reputat om de știință și în același timp ca umanist, ca militant de vază pentru promovarea progresului social. Convingerile sale pe care le-a imprimat și școlii de la Socola au pornit de la experiența înaintașilor, de la postulatul că medicina și slujitorii ei nu se pot claustra, izola de societate, că progresul medicinii este condiționat de progresul societății (4). Tocmai de aceea el este un continuator strălucit al psihiatriei sociale, al medicinii sociale, într-un plan mai larg.

Savantul C. I. Parhon se pronunța ferm și consecvent în lucrările sale pentru cunoașterea amplă, complexă a *omului* (4) a acestui infinit univers, îndeosebi a condițiilor sale de muncă și de viață, a interrelațiilor

sale cu mediul înconjurător, cu factorii de risc și de stress, a interrelațiilor *individ-societate, individ-stat* și mai ales a relațiilor *interumane, om-om.*

C. I. Parhon s-a impus conștiinței noastre ca un mare umanist chiar în momentele de restriște prin care a trecut țara în perioada interbelică și mai cu seamă a fascizării. Omul de știință ieșean a îmbinat armonic căutările în cîmpul cercetării medicale cu acelea din viața socială, stăpînit de hotărîrea salvagardării ființei umane și naționale amenințate de opresiunea fascismului. În anul 1934, în condițiile în care organizațiile fasciste, în mod programatic, răspîndeau cultul morții și al violenței, C. I. Parhon, adresîndu-se prevenitor tineretului universitar, scria: „Să căutăm să înfrîngem în noi sentimentele de cruzime, de ură, care ne apropie de fiare. Să cultivăm, de asemenea, în noi, iubirea de dreptate și adevăr. În felul acesta acțiunile noastre vor fi vrednice de epitetul de fapte omenești." (4).

Alături de ideile sale umaniste, Parhon s-a afirmat în domeniul endocrinologiei, psihiatriei și sociologiei medicinii prin concepții materialist-dialectice avansate, care reflectă o gîndire deterministă în explicarea fenomenelor patologice cît și dialectică în interpretarea largă a relațiilor științelor medicale menționate cu viața socială. În spiritul determinist-științific și umanist al școlii de la Socola se înscrie și prima Societate română de neurologie, psihiatrie, psihologie, endocrinologie și medicină legală (înființată la 9 septembrie 1918) și care avea să cunoască noi trepte de afirmare prin aportul lui C. I. Parhon.

În ordinea valorilor, a evoluției personalităților care au dat strălucire școlii de la Socola prin ideile lor medico-sociale, la loc de frunte se situează profesorul dr. Petre Brânzei care în perioada anilor 1965—1985 s-a impus atît în calitate de strălucit organizator al unui prestigios centru de sănătate mintală, național și internațional, cît și ca reputat om de știință cu largă viziune, animat de un spirit creator nepotolit, pornit în mod structural spre căutarea adevărului, dispus permanent la dialog și colaborare inter și transdisciplinară, integrat pluridimensional în complexitatea vieții sociale.

Ar fi hazardant pentru autorii lucrării de față și practic imposibil să desprindem fie și succint dominantele preocupărilor metodologice și științifice ale acestei personalități complexe care a fost profesorul Petre Brânzei. Ceea ce ne propunem este să schițăm concepțiile sale fundamentale, rolul său de „spiritus rector" în deschiderea unor noi orizonturi, imprimarea unui caracter modern în domeniul cercetării psihiatrice moderne, în fundamentarea conceptului de om în general, de om bolnav psihic și de boală psihică în particular, de om sănătos și de sanogeneză în condițiile societății contemporane.

Unul din autorii lucrării de față (prof. dr. C. Gh. Marinescu) a avut prilejul de a-l intervieva („à la long") pe omul de știință care, după cum se știe nu se lăsa prins în această „capcană" decît foarte greu, după foarte multe tatonări. Dar, cînd accepta dialogul, îl susținea cu o rară pasiune și forță de persuasiune, enunțînd idei care puteau constitui, fiecare în parte, subiecte distincte de investigație și amplă elaborare științifică.

După cum se recunoaște astăzi în mod quasiunanim în literatura medico-socială, profesorul dr. P. Brânzei deține paternitatea conceptului modern, tridimensional, *bio-psiho-social*, cu privire la om și la sănătatea umană. „Pornind de la analiza logic dialectică a confruntărilor psihiatrice — se confesa autorul — am ajuns la dezvoltarea, în spiritul tradițional determinist-științific și umanist al școlii de la Socola și a psihiatriei românești în general, a unui concept integrativ bio-psiho-social — dinamic și totodată unitar." (1). Observăm, de la început, pro-

bitatea științifică a profesorului dr. P. Brînzei, care recunoaște rolul tradiției, al cuceririlor înaintașilor în domeniul formării gîndirii sale deterministe, dialectice, pluridisciplinare ,cu privre la om și la starea sa de sănătate, de sănătate mintală în particular.

Apoi, profesorul P. Brânzei, face dovada unui om de știință cu conștiința limpede a inevitabilității adevărului relativ, subliniind caracterul dinamic al conceptului său, precum și inerentele mutații și redimensionări care pot interveni pe parcursul timpului în dezvoltarea acestui concept, ca urmare a noilor investigații în cadrul domeniului abordat.

În optica omului de știință ieșean, acest concept impune „luarea în considerație concomitentă atît a raporturilor dintre conținutul și forma părților cît și a ființei umane ca un întreg, reflectată prin nivelul său de conștiință față de normativitățile unei societăți date“ (1).

Profesorul P. Brânzei considera orientarea tridimensională a psihiatriei contemporane, respectiv abordarea problematicii sale fundamentale, adică a omului pe care-l studiază, în viziune bio-psiho-socială ca o cerință imperioasă, o condiție sine qua non a cunoașterii reale a cauzelor complexe ale boili ca și a recuperării bolnavului, a creșterii capacității de reinserție a acestuia în societate (1).

„După cum este bine cunoscut — ne declara într-un interviu profesorul dr. P. Brânzei — în societatea contemporană cu atît mai mult în societatea pe care noi o construim, particularitățile culturale și de civilizație constituie un subiect de amplă actualitate și în primul rînd atunci cînd ne referim la conceptul despre omul total, în perspectiva calității vieții.“ (2).

În cadrul amplelor și consecventelor sale preocupări privind relația dintre *medicină și societate*, profesorul dr. Petre Brânzei a adus contribuții relevante, de o semnificație deosebită și în fundamentarea conceptului de *medicină a omului sănătos*, pe care o considera o noțiune complexă „ce exprimă mult mai mult decît aceea de profilaxie uzuală a îmbolnăvirii“ (2). Conceptul despre medicina omului sănătos apare la profesorul P. Brânzei „în primul rînd ca o etapă educațională evoluată, realizată prin intermediul unor echipe interdisciplinare în cadrul unei anumite societăți“ (2). În acest sens el considera că „medicul și farmacistul trebuie să-și conjuge eforturile în cadrul unor echipe active de lucru“ (2). O nouă dovadă elocventă a înțelegerii imperativului investigațiilor interdisciplinare și mai cu seamă a racordării medicinii la domeniul socialismului, rezultă și din opinia sa, în sensul că „în aceste echipe trebuie să-și găsească locul bine meritat *sociologul* cît și *psihologul* alături de toți cei care se ocupă de promovarea și apărarea sănătății populației“ (2). Profesorul Brânzei acorda o semnificație deosebită preocupărilor și activității metodico-științifice, cu profil sociologic, de sociologie medicală desfășurată de Cabinetul absolventului din I.M.F. Iași, văzînd în acesta un liant, un centru polarizator al activității interdisciplinare, postuniversitare. El scria în acest sens : „Dumneavoastră vă preocupați intensiv de importanta activitate postuniversitară în ceea ce privește relațiile profesionale și social-umanitare dintre absolvent și cel care a contribuit la pregătirea lor responsabilă în profesia medico-farmaceutică“. (2). Pentru această activitate el consideră ca fiind absolut indispensabilă intervenția, rolul sociologului „de înaltă competență pedagogică și o largă deschidere asupra omului total, întrucît tocmai la această întregire se raportează conceptul nostru constructivist bio-psiho-social, dinamic și totodată unitar“. (2). După cum se poate observa, profesorul P. Brânzei vedea în acest organism, laborator sociologic, un instrument menit să fundamenteze în practica medico-socială conceptul său de largă deschidere științifică. Așa se explică prezența și sprijinul, colaborarea multiformă și generoasă a omului de știință cu colectivul acestui laborator sociologic, mai ales în ultimii ani ai vieții sale.

Am considerat potrivit să încheiem succintele noastre considerațiuni privind concepția medico-socială a școlii de la Socola din perioada acti-

vității profesorului dr. Petre Brânzei, printr-o frază sintetizatoare care de fapt exprimă crezul său științific : „Pe noi toți ne reunește politica principală a umanismului socialist în desfășurare, a cărei aplicare constituie o condiție esențială pentru dezvoltarea calității vieții și respectiv, a sănătății populației“ (2). Este o profesiune de credință nu numai a fondatorului școlii moderne de psihiatrie de la Iași, ci și a discipolilor și colaboratorilor săi care îi continuă generoasa sa operă, în frunte cu Profesorul Dr. T. Pirozynski. Sînt opțiuni și conduite științifice și socio-medicale perene care stau la baza raportului dintre *tradiție* și *modernitate*, dintre *continuitate și discontinuitate* în activitatea prodicioasă a școlii de psihiatrie de la Socola, ceea ce a reprezentat și reprezintă cheia de boltă a prestigiului de care se bucură în viața medicală românească și internațională.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Brânzei P. : *Relațiile interdisciplinare ale psihiatriei ;* Spit. Clinic „Socola“ Iași, 1975, pp. 11—14.
2. Brânzei P. : *Etică și sociologie contemporană. Relația medic-farmacist-bolnav ;* I.M.F. Iași, 1983, pp. 263—271.
3. Buda R., Marinescu C. Gh. : *Relațiile interdisciplinare ale psihiatriei ;* Spit. Clinic „Socola“ Iași, 1975, p. 131—132 ;C. Gh. Marinescu și colab. *Implicații socio-medicale ale revoluției științifice și tehnice contemporane,* vol. sus-menționat, p. 59 ; C. Gh. Marinescu, R. Duda : *Relația om-tehnică și civilizația contemporană,* în vol. : *Adaptare și integrare în mediul industrial ;* Coordonator științific, Prof. P. Brânzei, Spitalul Clinic „Socola“, Iași, 1977, pp. 274—277 ; C. Gh. Marinescu și colab. *Consecințele sociale și medicale ale revoluției științifice și tehnice contemporane,* în vol. *Viitorul psihiatriei. Adaptare-integrare-recuperare ;* Coordonator științific, prof. dr. P. Brânzei, Iași, 1980, pp. 212—263 ; C. Gh. Marinescu, R. Duda, *Calitatea vieții și medicina omului sănătos,* în vol. susmenționat, pp. 263—266.
4. Marinescu C. Gh. : *Un secol de învățămînt medical superior la Iași,* Edit. I.M.F. Iași, 1979, p. 15—22, C. Gh. Marinescu, *Tradiții progresiste ale Școlii medicale ieșene,* „Cronica“ nr. 33 (968) p. 2/1984 ; Titu Georgescu, *Intelectuali antifasciști în publicistcia românească.* Edit. științifică, București, 1967, p. 218 ; C. Romanescu, C. Gh. Marinescu, Cristina Ionescu, *C. I. Parhon, savant și militant în slujba poporului,* Revista Medico-Chirurgicală, nr. 1/1972, p. 203—206.
5. Marinescu C. Gh. : *P. Zosin un valoros psihiatru și militant social,* în Revista Medico-Chirurgicală nr. 3/1971 ; *P. Zosin, Medicină Socială, Conferință pregătită pentru al XVIII-lea Congres studențesc român,* Tipografia S. A. Lăzăreanu, București, 1897.

RELATION BETWEEN MEDICINE AND SOCIETY IN THE CONCEPTION OF „SOCOLA“ SCHOOL (TRADITION AND MODERNITY)

Summary

The paper focuses on the evolution of the medical-social and psychosocial thinking of „Socola“ School, as reflected in the medical conception and practice of the outstanding representatives of Iași psychiatry : P. Zosin, C. I. Parhon, P. Brânzei as well as on the present significance of these orientations to judiciously combine the classical experience with the modern one, the tradition with innovation, as a condition of the permanent progress of the Romanian contemporary medical sciences.

CONCEPȚII DE PSIHIATRIE SOCIALĂ ÎN OPERA DOCTORULUI PANAITE ZOSIN

R. Duda, C. Gh. Marinescu

Institutul de Medicină și Farmacie Iași

NENUMĂRATE SÎNT PERSONALITĂȚILE CARE S-AU FORMAT sau au gravitat în sfera generosului spirit umanist și determinist-științific al școlii ieșene de la „Socola". Una dintre personalitățile care au ilustrat această instituție și centrul medical ieșean a fost dr. Panaite Zosin, (1873—1942), medic umanist, filosof și luptător frevent pentru progres social și pentru drepturile omului.

Autor a numeroase lucrări de psihiatrie, balneologie, medicină socială, psihiatrie medico-legală, filosofie ș.a., dintre care unele premiate de Academia Română, prezent cu studii și articole orignale în reviste de specialitate românești și străine, dr. P. Zosin s-a afirmat ca o personalitate de seamă a medicinei și culturii românești. Visător entuziast, el s-a străduit să sensibilizeze opinia publică față de suferința psihică, printr-o susținută activitate oratorică de mare succes.

Concepțiile filosofice ale lui P. Zosin s-au situat la început pe o poziție pozitivistă insuficient definită. El a fost unul dintre liderii mișcării liber-cugetătorilor din România, manifestînd uneori poziții socialist-utopice. Întreaga lui activitate medicală, științifică și social-politică și-a închinat-o emancipării maselor ; a luptat pentru promovarea ateismului, a fost animat — în general — de concepții materialiste și deterministe, a fost un adept al apropierii intelectualilor de proletariat (7).

Concepțiile sale și le-a expus în numeroase lucrări, articole, note, intervenții, conferințe, în cotidienele și revistele cu orientare socialistă și progresistă : „România munctoare", „Mișcarea socială", „Îndrumarea", „Rațunea", „Munca", „Revista științifică" ș.a. (5). Adept, în primii ani ai studenției, al filosofiei lui V. Conta, apoi al pozitivismului lui A. Comte, va trece ulterior pe pozițiile ideologiei marxiste, devenind — cu unele limite și inconsecvențe — un militant activ pentru promovarea ideilor socialiste în România, alături de P. Mușoiu, Const. Mille, Al. Constantinescu, C. Z. Buzdugan etc.

În chip firesc, prin natura preocupărilor sale științifice și social-politice, problemele de medicină socială au o pondere deosebit de importantă în cadrul operei și activității sale practice. Încă din anii studenței, în conferința intitulată „Medicina socială", prezentată la cel de al XVIII-lea Congres studențesc român (Tg. Jiu,

1897), P Zosin relevă necesitatea cunoașterii în egală măsură atît a condițiilor vieții organice, biologice, cît și a celei sociale, subliniind însemnătatea factorilor social-economici și a diferitelor pături, grupuri și clase sociale în determinarea stării de sănătate. Analizînd aspectele patologiei sociale, ca și Șt. Stîncă, el nu se oprește la simpla constatare a acestora, ci preconizează o terapeutică socială adecvată. El afirmă că numai măsurile medicale de prevenire a bolilor nu sînt suficiente dacă nu se crează condițiile sociale în care să poată fi aplicate, preconizînd înfăptuirea unei orînduiri sociale echitabile. (11).

Cu același spirit umanist, responsabilitate și competență, P. Zosin a abordat și problemele de psihiatrie socială și medico-legală.

Un interes deosebit prezintă teza de doctorat a lui P. Zosin, „Substratul patologic al pesimismului contemporan“ (1900), în explicarea căruia pornește de la ideea unei legături strînse între manifestările psihice și cele somatice (12).

În lucrarea „Constituirea psihiatriei ca știință pozitivă“, publicată în 1910, autorul face o trecere în revistă a evoluției concepțiilor privind atitudinea medicală și socială față de bolnavii psihici. Parcurgînd istoricul acestor preocupări, P. Zosin relevă progresele înregistrate în prima jumătate a secolului al XIX-lea cînd, pe măsură ce azilele de alienați trec de sub supravegherea călugărilor în aceea a medicilor, bolile mintale încep să fie privite cu același interes ca și celelalte boli organice, urmărindu-se cauza lor materială, substratul anatomic, alterările cerebrale care le condiționează. O altă direcție a preocupărilor de psihiatrie socială, pe care autorul o trece în revistă în lucrarea amintită, este cea a rolului unor factori ambientali și sociali în etiologia bolilor mintale (climatul, anotimpurile, sexul, temperatura, profesia, pasiunile etc.), paralel cu rolul eredității. În ce privește rolul intoxicațiilor endogene în geneza bolilor psihice, el scoate în evidență ravagiile alcoolismului (25).

Trecînd în revistă evoluția practicilor terapeuticii bolilor psihice, P. Zosin arată că progrese notabile în această direcție s-au vădit abia în a doua jumătate a secolului al XIX-lea, arătîndu-și indignarea față de tratamentele barbare aplicate pînă atunci acestor bolnavi, prin abuzul de aparate de imobilizare, prin întrebuințarea „scaunelor învîrtitoare“, a „curei de greață“, a hidroterapiei în mod brutal ș.a. Vorbind despre intimidarea în tratamentul bolilor mintale, într-o lucrare specială (1906), medicul umanist arată că măiestria aplicării acestei metode constă în a despărți intimidarea de brutalitate. P. Zosin a salutat cu satisfacție punerea în pat a alienaților, mai ales în bolile acute, ca pe un procedeu terapeutic de mare însemnătate, care marchează intrarea definitivă a bolnavilor psihici în rîndul celorlalți bolnavi. În acest fel, autorul consideră că psihiatria, scoasă de sub influența teologiei, se găsește în raporturi mai mult sau mai puțin strînse cu toate ramurile medicinei și cu unele ramuri ale științei, printre care și cele sociale (6).

O contribuție teoretică deosebit de importantă aduce P. Zosin în lucrările „Originea socială a conștiinței morale“, „Determinismul“, „Clasificarea doctrinelor medicale“, „Progresele psihiatriei și relațiile ei cu celelalte ramuri ale medicinei“, „Contribuția la istoria psihiatriei în România“ ș.a. (8).

Paralel cu aceste preocupări, P. Zosin întîmpină cu mare satisfacție apropierea psihiatriei de domeniul medico-legal, fiind un pionier al acestei direcții în România, studiind tulburările psihice ca un factor determinant al acțiunilor omenești care cad sub incidența prevederilor judiciare. Autorul consideră că, prin medicina legală, psihiatria s-a ridicat la rolul social și juridic pe care-l merită. Legăturile strînse dintre aceste două ramuri ale medicinei, arată P. Zosin ,au produs o modificare importantă în optica juriștilor și progrese în domeniul legislației, recunoscîndu-se iresponsabilitatea alienaților. Acesta reprezintă primul pas către c mare reformă în legile și moravurile sociale, către întronarea doctrinei determinismului, în locul liberului arbitru (18).

Opinii interesante exprimă P. Zosin în ce privește raporturile psihiatriei cu criminalistica. El afirmă că, odată ce rațiunea umană nu poate admite crima decît ca o manifestare anormală, atunci este inevitabilă intrarea în domeniul psihiatriei, care trebuie să explice pornirea criminală printr-o organizare cerebrală vicioasă. Este un exemplu tipic de aplicare a mecanismului pozitivist în gîndirea medico-socială și, în același timp, expresia unui umanitarism social romantic.

În acest sens, P. Zosin cere înlocuirea criteriului responsabilității cu cel al nocivității. Aceste considerații originale și nu lipsite de interes teoretic sînt expuse pe larg în lucrarea „Nocivitatea ca simptom în alienația mintală și substrat în pornirea criminală“ (1906). Cu toate că această concepție este discutabilă și criticabilă, ea denotă profundul umanism de care era animat P. Zosin și scoate totodată pregnant în evidență necesitatea explicării fenomenelor de criminalitate prin intermediul sociologiei. „Adevărata definiție a crimei se degajă numai în raport cu viața socială ; crima este un act antisocial... Așadar criteriul după care urmează să se aprecieze, să se analizeze și să se înlăture crima trebuie să fie un criteriu social“. Ca aplicare a acestei concepții, într-un aritcol publicat în revista „Pagini juridice“ din Craiova, el analizează pe baza criteriului nocivității situația țăranilor învinuiți de instigație și de crime în cursul răscoalei din 1907 (24). Zosin apreciază această răscoală nu ca pe un fenomen de contagiune psihopatică, ci ca fiind cauzată de anumite împrejurări sociale : mizeria în care trăiau țăranii, starea de ignoranță în care erau ținuți, nedreptățile revoltătoare ce li se făceau. P. Zosin arată că „în bune condițiuni de trai, dînșii nici n-ar fi visat măcar să se răscoale. Așa că, elementul ocazional joacă rolul capital în nocivitatea lor“. Opinia autorului este că răscoala nu a putut scoate la iveală decît cu totul excepțional psihopați sau nocivi prin fire ori criminali înăscuți și că cei închiși sînt, prin urmare, oameni normali din punct de vedere psihic, pentru care nu exista un motiv întemeiat de condamnare, de scoatere a lor din mijlocul societății.

Problemele expertizei psihiatrice sînt, de asemena, amplu dezvoltate de P. Zosin, care ridică problema responsabilității, a recunoașterii alienației, indicînd în mod riguros felul în care trebuie alcătuit raportul psihiatric, care să țină seama de condițiile concrete ale fiecărui caz în parte. Subliniind rolul important al psihiatriei în criminalogie, el consideră că ar fi indicat ca în aparatul juridico-criminalistic să fie inclus în mod obligatoriu un psihiatru (18).

Concepția etico-deontologică a lui P. Zosin reiese pregnant din aceste edificatoare cuvinte, referitoare la practica psihiatrică : „Cu cît o specialitate este mai puțin în înțelegerea vulgului, cu atît se pot înfăptui într-însa abateri fără nici o consecință, abateri ce nu se pot preveni dacît prin înălțarea sentimentului de responsabilitate ce se consfințește atunci cînd crează acestuia posibilitatea de suveranitate în munca ce urmează s-o depună“.

P. Zosin arată de asemenea raporturile psihiatriei cu jurisprudența, care trebuie să se adapteze noilor condiții și sensuri specifice ale vieții, căci „viața nu-i făcută pentru jurisprudență, ci jurisprudența pentru viață“. În acest fel, arată autorul, jurisprudența poate deveni, prin raporturile sale cu psihiatria, o știință umană în sensul cel mai propriu al cuvîntului, ținînd seama de trăsăturile specifice oamenilor.

Dintre lucrările de psihiatrie socială ale lui P. Zosin mai menționăm : „Alienații în România“, „Asistența alienaților“, „Numărul ser-

viciilor medicale în azilurile de alienaţi“ ş.a., în care pledează pentru dezvoltarea, medicalizarea şi umanizarea asistenţei psihiatrice în ţara noastră.

În lucrarea „Bătrîneţea şi senilitatea din punct de vedere clinic şi îngrijirea bătrînilor (1912), el se acupă de problema ocrotirii şi asistenţei medicale a bătrînilor, discutînd pe larg necesitatea aşezămintelor geriatrice, îngrijirea vîrstnicilor, petrecerea timpului acestora etc. (26).

Într-una dintre ultimele sale lucrări (1935), P. Zosin ridică problema igienei mintale, a igienei sufleteşti, cum o denumea el, în care susţine necesitatea supunerii psihicului unei rînduieli în funcţionarea lui, pentru a preveni dezechilibrele mintale, mai ales la persoanele cu predispoziţii ereditare. Igiena mintală, afirmă autorul, îşi propune întărirea conştiinţei în esenţa ei, care este ideaţia sau discernămîntul, pentru ca traumele psihice şi emoţiile, oricît de puternice, să capete o atenuare. După Zosin, ideaţia nu se poate întări decît prin cunoştinţe cît mai întinse şi cît mai aprofundate. Totodată, el arată că organismul omenesc are nevoie nu numai de hrană materială, de alimente, ci şi de hrană spirituală, adică de educaţie şi instrucţie. Dacă societatea nu oferă toate acestea oamenilor, afirmă P. Zosin, atunci ea este anormală, bolnavă.

Umanist şi vizionar, doctorul Panaite Zosin a fost o personalitate complexă şi în acelaşi timp contradictorie, preocupată de cele mai stringente probleme medico-sociale ale epocii sale. Animat de profunde sentimente patriotice, el a militat pentru desăvîrşirea unităţii de stat a României, pentru făurirea unei economii naţionale bazate pe o tehnică modernă, pentru răspîndirea culturii în straturile cele mai largi ale societăţii. A fost un luptător consecvent pentru lichidarea analfabetismului, pentru crearea şcolilor de adulţi şi a universităţilor populare, pentru tipărirea operelor clasicilor literaturii române şi universale, pentru răspîndirea cunoştinţelor ateist-ştiinţifice în rîndul maselor.

Cu toate inconsecvenţele şi neclarităţile în evoluţia gîndirii sale filosofico-sociale, dr. P. Zosin, prin dragostea lui pentru om, prin pasiunea pntru profesie şi prin ideile novatoare în dezvoltarea medicinei şi îndeosebi a psihiatriei clinice şi sociale, prin preocupările sale neobosite pen-pentru profesie şi prin ideile novatoare în dezvoltarea medicinei şi îndeoa vieţii ştiinţifice, politice şi culturale din ţara noastră, în prima jumătate a acestui secol.

SOCIAL PSYCHIATRY CONCEPTIONS IN PANAITE ZOSIN'S WORK

Summary

The paper represents a synthesis of the life, work and personality of Panaite Zosin, psychiatrist, phylosopher and outstanding struggler for justice and social progress, complex as well as original personality of the scientifical, cultural and social-political life of Romania in the 1st half of the 20th sentury. The authors have attempted at achieving a deep and critical analysis of P. Zosin's contribution to further developing social psychiatry, either theoretically or practically.

UMANISM, EDUCAȚIE, CREATIVITATE

R. Ursache, D. Tompea, V. Chiriță

Institutul de Medicină și Farmacie Iași
Institutul Politehnic Iași

ȘTIINȚELE CONTEMPORANE DESPRE OM, SOCIETATE ȘI NATURĂ demonstrează, cu argumente tot mai convingătoare, că existența umană își definește evoluțiile prin fenomene motivaționale, cultural-educative, socio-economice, științifico-tehnice și ecologice, care se interferează unele cu altele, fiind inserate într-un sistem social-politic, pe care individul nu-l mai poate neglija, încă de la o vîrstă timpurie.

Eforturile de clarificare a individului sînt dominate de procesul multidimensional al conștientizării și socializării existenței sale, prin educație, autoeducație și coeducație, cu referire, din ce în ce mai mult la posibilitățile și necesitățile prezentului și la perspectivele viitorului. Lumea contemporană, foarte complexă, în satisfacerea nevoii sale de definire științifică a „omului uman" tinde să distrugă străvechiul mod de fundamentare a naturii și omului.

Materialismul dialectic și istoric refuză reducerea omului doar la cunoaștere, la o manifestare a spiritului universal, Weltgeist, ce se întoarce la sine, determinat de intelectul uman. Accentul este extins de la cunoaștere la atitudine, la poziție și finalitate, la temeiurile omului, deci la o antologie antropologică. Orientările despre om și societate trebuie să vizeze rostul, definirea științifică a omului concret, care se autofundamentează în cadrul procesului de umanizare, educație și creație social-istorică, de cucerire a naturii prin înfrumusețarea ei și nu o abstracțiune a omului.

Spre deosebire de existențialism și alte orientări filosofice, care îmbrățișează doar parțial dialectica, dînd o definiție a individului considerat izolat, abstractizat uneori în raport cu divinitatea, materialismul dialectic și istoric se concentrează asupra ființei și condiției umane concrete „din carne și oase" ducîndu-și existența pe „solidul glob pămîntesc". Refuzînd să reducă omul numai la o singură latură a sa, intelectuală, sau oricare alta, materialismul istoric se preocupă de „omul total", ca fiind înzestrat cu simțuri, intelect, afect, acțiune și individualitate, dar, în același timp, uman numai în societatea în desfășurare prin intermediul căreia își realizează contradicția armonioasă cu natura. Plasată și ea în natură, societatea devine condiția fundamentală, în care se poate realiza omul total, subiect și obicet în același timp, creație și creator al naturii, al unei naturi umanizate și regeneratoare. O ființă singură, neobiectuală este o „neființă". Esența omului concret și total este acțiunea, viața însăși însemnînd de fapt acțiune, a cărei formă tipic umană este creația, adică însăși producerea universului, liber de necesitatea fizică

Ființa umană, liberă în fața produsului său deține locul central în univers tocmai prin faptul că ea nu se produce doar pe sine, ci însuși universul, văzut într-o continuă evoluție și creație, prin însăși ființa umană odată cu apariția sa. În actul său creator, liber, omul nu produce deci numai obiecte, ci se „înființează" printr-o acțiune social-istorică continuă. Ființa umană devine, astfel liberă și independentă prin faptul că ea nu este niciodată definitiv creată, ci se crează în fiecare clipă.

Libertarea activă a omului într-o indisolubilă interdependență cu natura, de care îl despart cel puțin două trăsături fundamentale : gîndirea și limbajul, reprezintă, de fapt, esența existenței umane. Această esență este mereu nedesăvîrșită, deoarece omul, deși produce universal, nefiind totuși întruparea spiritului universal, o conștiință „în sine" abstractă, este o ființă limitată, condiționată, acționînd continuu și conștient asupra lucrurilor din afara sa, acționînd și acționîndu-se asupra sa, atît din partea semenilor cît și din partea producțiilor activităților sale individuale și sociale. Mai mult, omul fiind mereu într-o tensiune spre altceva, naște acele forțe și energii esențiale : idealurile și aspirațiile cu care se îndreaptă spre scopuri și elaborează proiecte. Înzestrat cu pasiuni, ca reflexe active ale sensibilității, și aceasta ca reflex al suferinței, omul este deci și ființa care suferă. Dialectica însăși înseamnă pasiune, împlinire și neîmplinire, căutare eternă a noului, a nemaiîntîlnitului, reprezintă modalitatea de „în-ființare" a omului creator.

Încetînd să mai fie activ, pasionat, creator, omul devine „inexistent", deoarece își pierde libertatea. Regizarea strict intelectuală, fără pasiunea nobilă și suferința de creație a ceva nou, în context social nu poate da sentimentul unei existențe durabile atît a creației cît și a creatorului ei.

„Omul uman", a cărui esență constă într-o continuă tensiune spre nou și activitate creatoare și a cărui existență este rezultatul unui anumit raport cu natura, își stabilește acest raport optim numai ca ființă socială. Nu poate fi concepută o societate abstractă, constituită din individualități abstracte. Relația omului concret cu natura se face prin intermediul societății, printr-o educație complexă care o umanizează și o crează, dîndu-i o semnificație dincolo de utilitate. Libertatea omului în raport cu natura este posibilă numai atunci cînd omul educat își adaptează natura prin umanizare, cînd omul, integrat social, își regăsește esența prin și în ea. De aceea conflictul om-natură este totdeauna rezolvat în societate devenind de fapt o legătură om și om.

Eliberarea de natură nu se face prin abstractizarea din ea ci în procesele istorice-motivaționale umanizante, socio-economice, științifico-tehnice, culturale și politice care evoluează într-o strînsă inerdependență cu interacțiunea. Animalul modelează materia numai pe măsura și după trebuințele speciei respective. Omul este capabil să modeleze și să producă pe măsura oricărei specii, făcînd lucrurile pe care le crează inteligibile și pentru celălalt, potrivit legilor frumosului și în acord cu educația sa socială și culturală.

Educația, autoeducația și coeducația, stînd la baza pregătirii culturale individuale și sociale, definitorie pentru personalitatea umană, devin esențiale în procesul de integrare a omului în social, deci în uman. Misterul existenței și al naturii este descifrat prin educație,

știință și creație, deci prin cultură, fiind apropiate și pregătite pentru percepția și sensibilitatea umană. Astfel nu activitatea strict utilitară este tipic umană, ci aceea în care omului i se oferă o motivație științifică, creația socială devenind atît fundamentare dar și eliberare. Socialul, educația și creația, ca posibile laturi fundamentale ale culturii „pîrghie" a identității unui popor, nu trebuie să constituie o îngrădire, ci din contra, așa cum o dovedesc realitățile României contemporane, trebuie să constituie un proces într-o continuă efervescență a noului, conceput, adoptat și aplicat dialectic.

În societatea contemporană, atît de complexă și de mobilă, toate compartimentele culturii trebuie să abordeze problemele și fenomenele în interacțiunea și interdependența lor, în vederea realizării unei viziuni sistematice, globale. Un fenomen al societății, culturii și politicii nu mai poate fi privit numai într-unul din domeniile sale de manifestare.

Putem afirma că în prezent aprofundăm ceea ce am putea numi dimensiunea culturală a unei noi ordini internaționale din perspectiva umanistă, creatoare și educațională pe care o oferă relația dialectică om — societate — natură, pentru clarificarea căreia geniul și știința românească se disting prin eforturi, realizări și contribuții în toate planurile conceptuale și aplicative.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Andrei P.: *Sociologia cunoașterii* în: *Opere sociologice*, vol. 1, București, Edit. Academiei R. S. R., 1973.
2. Asubel P. D., Robinson G. F.: *Învățarea în școală: O introducere în psihologia pedagogică*. E.D.P., București, 1981.
3. Bujor Em.: *Intelectualitate și angajare*, Edit. Junimea, Iași, 1983.
4. Floareș Al.: *Reflecții ideologice*, Edit. Junimea, Iași, 1983.
5. Ivasiuc Al.: *Radicalitate și valoare*, București, Edit. Eminescu, 1972.
6. Kotarbinski T.: *Tratat despre lucrul bine făcut, Idei contemporane*, Edit. Politică, București, 1976.
7. Malița M.: *Idei în mers*, Ed. Albatros, București, 1981.
8. Marinescu Gh. C. (sub red.): *Clasic și modern în învățămîntul superior*. Edit. Junimea, Iași, 1981.
9. Noica C.: *Spiritul românesc în cumpătul vremii*, București, Edit. Univers, 1976.
10. Parsons T.: Essays in Sociological Theory, the Free Press, New York, Collier — Mac Millan limited, London, 1964.

HUMANISM, EDUCATION, CREATIVITY

Summary

The paper deals with certain significant aspects concerning the role of culture and its components, especially humanism, education and creativity, in the dialectical approach of the relation existing among human being, society and nature.